ISBN 978-602-416-192-7

KAJIAN EPIDEMIOLOGI HIV INDONESIA 2016

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2017

KAJIAN EPIDEMIOLOGI HIV INDONESIA 2016

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
2017

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

Kajian epidemiologi dan dampak program HIV merupakan komponen penting untuk Program AIDS Nasional dalam perencanaan dan intervensi. Analisis epidemiologi dilakukan dari banyak sumber data yang sebagian besar berasal dari surveilans HIV generasi kedua. Kajian 2016 adalah kali pertama bagi Sub Direktorat HIV AIDS dan STD untuk menilai secara sistematis situasi epidemi dan dampak program HIV dengan melibatkan pakar nasional dan internasional dari beberapa universitas, WHO dan UNAIDS.

Hasil utama menunjukkan epidemi HIV di Indonesia terkonsentrasi di antara populasi kunci yaitu di antara wanita pekerja seks (WPS), laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL),waria dan pengguna napza suntik (Penasun). Di Papua dan Papua Barat, epidemi HIV berbeda dimana lebih banyak perempuan yang terinfeksi dan dianggap sebagai epidemi generalisata tingkat rendah. Pendorong utama epidemi HIV diwilayah ini adalah tingginya tingkat prevalensi HIV di antara populasi kunci dan tingkat penggunaan kondom yang rendah <60% serta rendahnya pengetahuan tentang akses HIV terhadap tes HIV di kalangan umum.

Surveilans HIV mengalami kemajuan yang baik, terutama dalam penerapan sistem aplikasi berbasis web HIV/AIDS (SIHA) di banyak provinsi, metode pengumpulan data lebih kuat untuk Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP), estimasi jumlah populasi kunci (ponci) dan proyeksi HIV/AIDS. Selain itu, penguatan surveilans IMS sangat dibutuhkan juga dalam sistem pelaporan rutin.

Hasil ini dapat membantu Indonesia mengoptimalkan upaya penanggulangan HIV, surveilans dan pencegahan HIV nasional yang perlu diperluas di antara populasi kunci dan secara geografis dimana tingkat intensitas dan kemungkinan epidemi HIV yang berbeda muncul atau sudah endemik.

Kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas perhatian, bantuan dan kontribusi dalam kajian yang penting ini.

Mudah-mudahan buku ini bermanfaat dalam program pengendalian HIV-AIDS, tidak hanya untuk Kementerian Kesehatan, tetapi juga untuk semua mitra kerja pengendalian HIV-AIDS.

Jakarta, Februari 2017

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Dr. H. Mohammad Subuh, MPPM

NIP 196201191989021001

UCAPAN TERIMAKASIH

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

Dr. Wiendra Waworuntu, M.Kes (Direktur Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular Langsung), Dr. Endang Budi Hastuti (Kepala Sub Direktorat Pengendalian dan Pencegahan HIV AIDS dan PIMS), Dr. Triya Novita Dinihari (Kepala Seksi Program Pengendalian dan Pencegahan IMS, Subdit HIV AIDS & PIMS), Victoria Indrawati, SKM, M.Sc (Koordinator M&E, Subdit HIV AIDS & PIMS), Viny Sutriani, S.Psi, MPH (Tim Surveilans, Subdit HIV AIDS & PIMS), Ari Wulan Sari SKM, MPH (Tim Surveilans, Subdit HIV AIDS & PIMS), Rizky Hasby, SKM (Tim Surveilans, Subdit HIV AIDS & PIMS), Eva Muzdalifah, SKM (Tim M&E, Subdit HIV AIDS & PIMS), Yulia Rachma, SKM (Tim M&E, Subdit HIV AIDS & PIMS), Diana Wijayaningrum, SKM (Tim M&E, Subdit HIV AIDS & PIMS), Priajie Citolaksono, S.Sos (Tim Administrasi, Subdit HIV AIDS & PIMS), dr. Lovely Daisy (Sub Direktorat Bina Kesehatan Anak Balita), Luxi R. Pasaribu (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan), Sity Kunarisasi (Sub Direktorat Pengendalian dan Program Pencegahan TB).

Dinas Kesehatan Provinsi

dr. Inda Mutiara (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta), dr. Anang G Isyanto (Dinas Kesehatan Provinsi Yogyakarta), Setyo Budiono (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur), dr. Gde Agus Suryadinata (Dinas Kesehatan Provinsi Bali), Rudi Anshari, M.Kes (Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat), Syarifa Payapo (Dinas Kesehatan Provinsi Maluku), dr. Rindang Pribadi Marahaba (Dinas Kesehatan Provinsi Papua).

Ahli Nasional

Dr. Rico Januar Sitorus, SKM, M.Kes (Universitas Sriwijaya), Prof. dr. Budi Utomo, MPH, Ph.D (Universitas Indonesia), Prof. Dr. drg. Indang Trihandini, M.Kes (Universitas Indonesia), Dr. dr. Toha Muhaimin, M.Sc (Universitas Indonesia), dr. Bony Wiem Lestari, M.Sc (Universitas Pajajaran), Prof. Dr. dr. Chatarina Umbul Wahyuni, MPH (Universitas Airlangga), Prof. dr. Dewa Nyoman Wirawan, MPH (Universitas Udayana), dr. Anak Agung Sagung Sawitri, MPH (Universitas Udayana), Prof. Dr. Ridwan Amiruddin SKM, M.Epid (Universitas Hasanuddin), Dolfinus Yufu Bouway, SKM, M.Kes (Universitas Cendrawasih), Dr. dr. Tri Yunis Miko, M.Sc (Universitas Indonesia), dr. Mondastri Korib Sudaryo, MS, DSc (Universitas Indonesia).

Ahli Internasional

Dr. Jesus Maria Garcia Calleja, PhD (Technical Officer WHO/HQ/HIV/SIP), Dr. Keith Sabin, PhD (UNAIDS Senior Adviser SI), Paul Schumacher (WHO-HQ HIV/SI).

Mitra Internasional

David Bridger (UNAIDS Country Director)

WHO Country Office

Dr. Fabio De Mesquita, PhD (HIV/IMS/HEP Programme manager), Fetty Wijayanti, M.Kes (NPO Surveillance dan M&E), dr. Beatricia Iswari (NPO HIV Prevention), Zacky Irvan (Team Assistant), dr. Bagus Rahmat (SSA-National Consultant), Yohanes Baptista Ari Handoko (CAH Unit).

AKRONIM DAN SINGKATAN

ADB	*Asian Development Bank*
AIDS	*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*
ANC	*Antenatal Care*
ART	*Antiretroviral Therapy*
ARV	*Antiretroviral*
AYPR	Anak Yatim Piatu Rentan
BCC	*Behaviour Change Communication* (Komunikasi Perubahan Perilaku)
CDC	*Centre for Disease Control*
CHAS	*Centre for HIV/AIDS* dan *IMS*
CUP	*Condom Use Program* (Program Pemakaian Kondom)
Dinkes Prov	Dinas Kesehatan Provinsi
GARPR	*Global AIDS Response Kemajuan Reporting*
GFATM	*Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis* dan *Malaria*
HBV	*Hepatitis B Virus*
HCV	*Hepatitis C Virus*
HIS	*Health Information System*
HIV	*Human Immuno-Deficiency Virus*
IMS	Infeksi Menular Seksual
IO	Infeksi Oportunistik
KemKes	Kementerian Kesehatan
KIE	Komunikasi, Informasi, dan Edukasi
KTH	Konseling dan Tes HIV
KPAP	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
LSL	Laki-Laki Seks dengan Laki-Laki Men who have Sex with Men
M&E	Monitoring dan Evaluation
ODHIV	Orang yang Hidup dengan HIV dan AIDS
PAN	Program AIDS Nasional (Sub Direktorat HIV AIDS & PIMS)
PBB	Persatuan Bangsa-Bangsa
Penasun	Pengguna Napza Suntik
Ponci	Populasi Kunci berisiko tinggi
PPIA	Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak
PPS	*Proportionate probability sampling*
PR	*Principal Recipien*t
RDS	*Respondent driven sampling*
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SIHA	Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS
SGS	*Second Generation of HIV surveillance* (Surveilans HIV Generasi Kedua)
STBP	Survei Terpadu Biologis dan Perilaku
TLS	Time lokasi sampling
UIC	*Unique Identifier Code* (Kode Identifikasi Unik)
UNAIDS	*United Nations Joint Program on HIV/AIDS*
UNICEF	*United Nations Children's Fund*
WHO	*World Health Organization*
WPS	Wanita Pekerja Seks

RINGKASAN EKSEKUTIF

Sebuah kajian epidemiologi HIV dan analisis dampak untuk Indonesia dilaksanakan oleh tim yang terdiri dari ahli-ahli epidemiologi Indonesia dan didukung oleh WHO dan UNAIDS. Tujuan dari kajian epidemiologi ini adalah: 1) **mengkaji metode pengumpulan data,** 2) **mengkaji pencegahan HIV dan cascade perawatan HIV, dan** 3) **mengkaji tingkat dan trend (kecenderungan) epidemi HIV (insidensi, prevalensi, mortalitas) dan distribusinya**. Laporan ini disusun untuk membahas setiap tujuan tersebut.

Analisis epidemiologi berasal dari berbagai sumber data, termasuk *desk review*, analisis sekunder, dan triangulasi terhadap data-data yang tersedia. *Desk review* mencakup kajian terhadap laporan survei biologis dan perilaku, Strategi dan Rencana Aksi Nasional HIV 2015-2019, panduan dan prosedur operasional standar HIV nasional dan global, kajian program HIV di Indonesia yang dilakukan sebelumnya, dan penelitian yang telah melewati *peer review*. Tidak semua dokumen tersedia dalam Bahasa Inggris sehingga beberapa dokumen, seperti panduan atau prosedur operasional standar untuk provinsi tidak dikaji tetapi tetap menjadi topik diskusi dengan staf teknis dari Program AIDS Nasional dan perwakilan dari beberapa provinsi.

Indonesia memiliki sistem kesehatan yang terdesentralisasi. Semua kebijakan, strategi, dan monitoring kesehatan merupakan tanggung jawab KemKes, sementara otoritas di tingkat provinsi dan kota/kabupaten sepenuhnya bertanggung jawab untuk layanan kesehatan di daerah administratif mereka. Secara administratif, Indonesia terdiri dari 34 provinsi dengan 416 kabupaten dan 98 kotamadya. Setiap provinsi memiliki peraturan dan gubernurnya sendiri.

Indonesia telah memiliki pengalaman panjang dan luas dalam melaksanakan survey terpadu biologis dan perilaku (STBP) dan surveilans sentinel HIV (SSH) dengan menggunakan berbagai metode dan populasi. STBP dan SSH ini telah dilakukan secara konsisten dalam hal lokasi dan populasinya. Penggunaan informasi ini sangat penting untuk merencanakan intervensi dengan populasi kunci (Ponci) di tempat-tempat yang tepat. Meskipun demikian, tidak banyak informasi yang dipaparkan mengenai bagaimana data-data tersebut digunakan. Dengan mempertimbangkan biaya dan kompleksitas serta kebutuhan untuk melakukan analisis yang lebih dalam serta penggunaan data, STBP dapat dijarangkan pelaksanaannya dari segi waktu dan dilakukan setiap 3-4 tahun dengan mengubah lokasi dan tempat tetapi tetap mempertahankan konsistensi. Terdapat kebutuhan untuk memilih populasi yang sesuai di setiap provinsi dan sesuai tingkat prevalensi di provinsi. Kecenderungan pemilihan harus ditujukan kepada daerah yang memiliki prevalensi tinggi. Pemetaan program juga harus menjadi prioritas sehingga kota/kabupaten dapat meningkatkan perencanaan dan implementasi kegiatan pencegahan, pengobatan, dan perawatan yang dilakukan.

Sistem surveilans generasi kedua di Indonesia telah dapat melacak epidemi HIV di kalangan Ponci dengan metode dan perangkat yang sesuai. Rekomendasi lebih lanjut dicantumkan dalam laporan ini.

Indonesia memiliki epidemi dan dinamika yang kompleks dari segi luas dan jumlah pulau serta populasinya yang sangat dinamis, ditambah dengan maraknya urbanisasi kosmopolitan dalam dekade terakhir. Indonesia, seperti halnya banyak negara lain di Asia, memiliki epidemi yang heterogen dalam hal konteks dan juga tingkat prevalensi HIV di kalangan populasi kuncinya. Epidemi di Indonesia sebagian besar bersifat terkonsentrasi dan merupakan epidemi yang sangat penting di populasi kunci seperti LSL, Waria, wanita pekerja seks (WPS) dan Penasun. Tingkat dan tren untuk populasi kunci ini terlihat jelas di sejumlah besar Provinsi yang dipaparkan dalam laporan ini. Di Papua dan Papua Barat, epidemi yang berbeda terjadi, dengan lebih banyak perempuan yang terinfeksi HIV. Dengan demikian, epidemi di wilayah ini dapat disebut sebagai epidemi

generalisata tingkat rendah. Definisi perangkat estimasi AEM untuk yang tadinya disebut "populasi berisiko rendah" telah diubah menjadi "non-populasi kunci" karena populasi ini juga sangat berisiko tinggi terkena HIV meskipun mereka berada di luar Ponci biasa. Non-populasi kunci ini mencakup, di antaranya, pasangan seksual Penasun, pasangan seksual laki-laki biseksual, dan mantan pekerja seks.

Sistem surveilans Indonesia telah memperlihatkan bahwa tingkat prevalensi di sejumlah provinsi dan sejumlah populasi telah jauh melampaui 20%. Tren (kecenderungan) infeksi HIV memperlihatkan adanya peningkatan jumlah infeksi baru di kalangan LSL dan Waria, sejumlah penurunan di kalangan Penasun, dan tren campuran di kalangan WPS. Indonesia telah menerapkan pendekatan unik untuk mengestimasi jumlah populasi kunci yang lebih berisiko karena tidak semua anggota Ponci memiliki tingkat risiko yang sama. Metode ini telah disempurnakan dari tahun ke tahun. STBP yang dilakukan di Indonesia telah memperlihatkan adanya interaksi dan kontak antara kelompok populasi yang berbeda serta tingkat perlindungan yang diadopsi oleh populasi ini yang relatif masih rendah. Di Indonesia, sebagian besar infeksi baru berasal dari populasi kunci dan pasangan seksual mereka.

Tingkat IMS seperti sifilis dan gonore pada populasi kunci dilaporkan melalui STBP dan SSH (Surveilans Sentinel HIV). Pada survei terakhir di tahun 2015, sifilis dilaporkan tetap tinggi di di kalangan Waria (17,4%) dan LSL (15,7%) serta sedang di kalangan WPS (6,5%) dan Penasun (1,5%). Oleh karena itu, salah satu ko-faktor utama untuk penularan HIV masih nyata ada di populasi kunci.

Pada tahun 2015 diperkirakan terdapat 613.435 Orang yang Hidup dengan HIV (ODHIV) di Indonesia. Seperti halnya di negara-negara Asia-Pasifik lainnya, HIV & AIDS di Indonesia tetap terkonsentrasi di sub-populasi yang terpapar risiko penularan HIV yang lebih tinggi akibat perilaku mereka. Orang-orang ini biasanya disebut "Populasi Kunci" (Ponci) dan mencakup wanita pekerja seks dan pelanggannya, Pengguna Napza Suntik (Penasun), Laki-Laki Seks dengan Laki-Laki (LSL), dan waria. Tanah Papua merupakan perkecualian dari situasi yang ditemui di negara ini, yaitu dengan estimasi HIV sebesar 2,3% di populasi umum pada tahun 2013.

Angka prevalensi HIV nasional untuk kelompok usia 15 tahun ke atas diestimasi sebesar 0,33% pada tahun 2015. Estimasi provinsi untuk prevalensi HIV berkisar dari 0,1% hingga lebih dari 2,0%. Jumlah absolut ODHIV paling tinggi ditemui di Jakarta dan di provinsi-provinsi berpopulasi tinggi di pulau Jawa. Papua dan Papua Barat juga memiliki jumlah ODHIV yang tinggi. Meskipun pada awalnya HIV disebabkan oleh penggunaan jarum suntik bersama di kalangan Penasun, penularan melalui hubungan seksual saat ini merupakan cara penularan HIV paling utama. Jumlah infeksi baru per tahun diperkirakan mencapai sekitar 49.000.

Kaskade pencegahan, perawatan, dan pengobatan untuk semua populasi dan layanan pengobatan (TB, PPIA, dan ART) telah memperlihatkan banyaknya kesenjangan yang harus diatasi. Skala ART saat ini dan fakta bahwa Ponci sangat sering berpindah-pindah dan stigma yang masih ditemui memperjelas kondisi ini. Kenyataan bahwa Ponci terdistribusi secara tidak merata juga menyulitkan untuk mengevaluasi dampak intervensi di tingkat nasional. Indonesia telah mencapai kemajuan yang sangat luar biasa dalam meningkatkan jumlah orang yang dites HIV dan meningkatkan jumlah orang yang menerima ART dari beberapa ribu di awal tahun 2011 menjadi lebih dari 60.000. Oleh karena itu, pengukuran dampak harus dilakukan di tingkat yang lebih lokal dan untuk setiap Ponci serta dengan melihat perluasan intervensi yang dilakukan.

PENDAHULUAN

Pengetahuan mengenai tren (kecenderungan) dan pola infeksi HIV saat ini sangat penting untuk perencanaan dan evaluasi program HIV Nasional. Karakterisasi faktor-faktor risiko untuk infeksi HIV dapat memberikan pandangan ke dalam terkait cara terbaik untuk menargetkan upaya pencegahan HIV dan memastikan cakupan penuh layanan HIV dalam upaya memastikan dampak positif yang setinggi mungkin. Pemahaman terhadap dinamika ini dapat memberikan informasi terkait area prioritas untuk alokasi sumber daya, khususnya diwilayah tempat bantuan luar negeri semakin berkurang. Kajian epidemiologi menyeluruh terhadap situasi HIV suatu negara dapat memberikan bukti ilmiah dengan memadukan semua data relevan dari berbagai sumber dan melakukan analisis mendalam serta triangulasi.

Pada tahun 2011, Indonesia melakukan kajian komprehensif terhadap Respon Nasional untuk HIV. Sejak saat ini, banyak kegiatan telah diperluas dan kegiatan surveilans telah dilakukan di populasi dan lokasi geografis yang berbeda. Sebagai bagian dari pengkajian (review) program HIV tahun 2017, analisis yang lebih terfokus terhadap cakupan dan kisaran data epidemiologis yang tersedia secara lengkap dilakukan pada bulan Desember 2016. Kegiatan ini dilakukan untuk menyediakan informasi bagi Indonesia dalam merancang dan mengimplementasikan strategi respon HIV efektif yang berbasis bukti, komprehensif, diprioritaskan dengan baik, dan ditargetkan dengan tepat. Program AIDS Nasional Kementerian Kesehatan bersama-sama dengan para perwakilan provinsi, para ahli nasional, dan bermitra dengan WHO dan UNAIDS, telah melaksanakan pengkajian epidemiologis mendalam dan analisis dampak terhadap situasi HIV di Indonesia dalam sebuah lokakarya yang dilaksanakan di Yogyakarta pada bulan Desember 2016.

Tujuan kajian epidemiologis ini adalah:

1. **Untuk mengkaji metode pengumpulan data** yang digunakan pada surveilans HIV generasi kedua yang ada seperti pelaporan kasus HIV dan AIDS, surveilans sentinel HIV, estimasi jumlah populasi kunci, estimasi dan proyeksi HIV/AIDS, pelaporan kasus infeksi menular seksual, dan survei terpadu biologis dan perilaku pada populasi berisiko tinggi dan populasi umum (Tanah Papua).
2. **Untuk mengkaji kaskade pencegahan dan perawatan HIV** dalam upaya memberikan informasi kemajuan yang terjadi di Indonesia terkait respon terhadap epidemi HIV.
3. **Untuk mengkaji tingkat dan tren epidemi HIV** (insidensi, prevalensi, mortalitas) dan distribusinya.

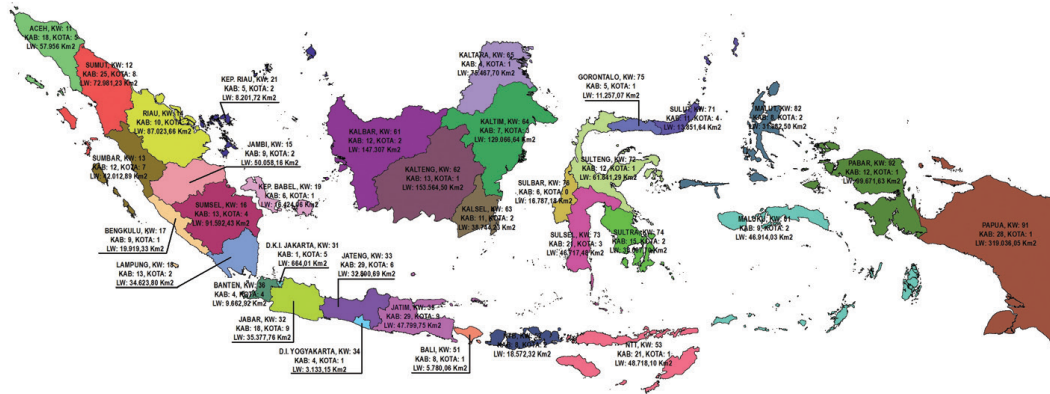
Laporan ini ditulis dalam sistematika yang akan menjawab setiap tujuan tersebut. **Pertama**, sebuah rangkuman singkat mengenai profil negara Indonesia akan memaparkan konteks dan faktor-faktor eksternal yang mungkin mempengaruhi dinamika HIV dan IMS di Indonesia. **Kedua**, Sistem Informasi HIV dan IMS dikaji dengan menyoroti kesenjangan-kesenjangan penting dan kemungkinan solusi yang dapat diterapkan untuk memastikan bahwa data yang berkualitas dan matang tersedia untuk memantau tren dan mengevaluasi kemajuan respon nasional. **Ketiga**, berdasarkan data yang tersedia, suatu kajian komprehensif mengenai epidemiologi HIV dan IMS dipaparkan dengan menyoroti kelompok populasi yang paling terdampak serta karakteristik-karakteristik pendorongnya. Sub-bab terakhir difokuskan pada kemajuan dalam repson nasional dan potensi dampaknya dengan, pertama-tama, membahas kaskade pencegahan hingga pengobatan dan mengidentifikasi kesenjangan dalam program. Dokumen ini ditutup dengan rangkuman rekomendasi dalam Informasi Strategis yang telah dikembangkan dalam kajian program terakhir pada tahun 2011 dan diperbarui lebih lanjut.

METODE

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan berbagai sumber data dan mencakup desk review, analisis sekunder, dan triangulasi data yang tersedia. Desk review dilakukan terhadap laporan Survei Biologis dan Perilaku Terpadu. Strategi dan Rencana Aksi Nasional untuk HIV 2015-2019, panduan dan prosedur operasional standar HIV nasional dan global, kajian program HIV di Indonesia yang telah dilakukan sebelumnya, dan penelitian-penelitian yang telah melalui peer review. Tidak semua dokumen tersedia dalam Bahasa Inggris sehingga sejumlah dokumen speerti panduan spesifik atau prosedur operasional standar di tingkat provinsi tidak dikaji tetapi didiskusikan bersama dengan staf teknis dari Program AIDS Nasional dan perwakilan dari beberapa provinsi.

Para ahli memberikan dukungan teknis untuk menyelesaikan proses pengkajian terhadap dokumen-dokumen yang ada, memberikan kesimpulan dan rekomendasi, serta membuat draft final laporan teknis. Kementerian Kesehatan memimpin proses yang mencakup kegiatan-kegiatan berikut ini dengan bekerja sama dengan WHO:

1. Mengkaji dan menggabungkan data dan laporan spesifik HIV yang telah dipublikasikan. Kemungkinan sumber datanya adalah:
    a. Rencana Aksi Nasional untuk Sektor Kesehatan dan kebijakan kesehatan nasional yang terkait dengan program pengendalian HIV;
    b. Laporan program: Konseling dan Tes HIV (KTH), Perawatan HIV dan ART, kohort HIV, Infeksi Menular Seksual (IMS), Surveilans sentinel HIV (SSH), Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA), TB-HIV, laporan penyakit yang ditularkan melalu darah pada donor darah;
    c. Survei berbasis populasi: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Survei Kesehatan Dasar (Riskesdas);
    d. Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP);
    e. Laporan estimasi jumlah populasi kunci;
    f. Laporan estimasi dan proyeksi HIV/AIDS;
    g. *Investment Case Analysis (ICA)*;
    h. Literatur/penelitian-penelitian mandiri
2. *Desk review* terhadap dokumen yang ada
3. Lokakarya/Pertemuan: pertemuan persiapan dan pertemuan kajian ahli (*peer expert meeting*)

Gambar 1: Indonesia berdasarkan provinsi, 2015

Sumber: Pusdatinkomtel, Kementerian Dalam Negeri, 2015

Wilayah Republik Indonesia sebagian besar terletak di Asia Tenggara dengan beberapa teritori berada di Oceania. Negara ini memiliki lebih dari 13.000 pulau dan jumlah penduduk lebih dari 250 juta orang. Indonesia memiliki wilayah daratan seluas 1.922.570 kilometer persegi dan wilayah lautan seluas 3.257.483 kilometer persegi. Pendapatan domestik bruto per kapita di negara ini semakin meningkat, dari 560 dolar Amerika pada tahun 2000 menjadi 3.374 dolar Amerika pada tahun 2015. Saat ini Indonesia adalah negara keempat dengan penduduk terbanyak di dunia dan negara ke-10 di dunia dalam hal ekonomi dan paritas daya beli. Sebagai suatu negara dengan pendapatan menengah, Indonesia telah mencapai angka penurunan kemiskinan yang sangat luar biasa dan berhasil mengurangi angka kemiskinan hingga setengahnya sejak tahun 1999 hingga mencapai 11,2% pada tahun 2015.

Angka harapan hidup saat lahir adalah 71 tahun untuk perempuan dan 67 tahun untuk laki-laki. Angka kematian bayi (di bawah usia 1 tahun) diperkirakan sebesar 22 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Profil negara Indonesia tahun 2015 melaporkan bahwa angka kematian balita di negara ini mencapai 27 per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian ibu dilaporkan sebesar 305 per 100.000 per kelahiran hidup (2015). Dalam Laporan Global WHO tahun 2015, insidensi TB di Indonesia dilaporkan sebesar 395 per 100.000 populasi dan kematian akibat TB dilaporkan sebesar 10 per 100.000 populasi.

Pengeluaran kesehatan per kapita meningkat dari 20 dolar Amerika pada tahun 1995 menjadi 99 dolar Amerika pada tahun 2014 sehingga mencapai 2,9 persen dari PDB. Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan mencakup 54,4 persen dari pengeluaran total untuk kesehatan. Kemenkes menjalankan cakupan kesehatan universal melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pemerintah pusat yang merupakan skema asuransi kesehatan nasional.

Indonesia memiliki sistem kesehatan terdesentaralisasi. Kebijakan, strategi, dan monitoring merupakan tanggung jawab Kemenkes sementara otoritas di tingkat provinsi dan kota/ kabupaten bertanggung jawab untuk pelayanan kesehatan di wilayah administratif mereka. Secara administratif, Indonesia terdiri dari 34 provinsi dengan 416 kabupaten dan 98 kota. Setiap provinsi memiliki peraturan dan gubernurnya sendiri. Provinsi ini dibagi menjadi beberapa kabupaten dan kota yang kemudian dibagi lagi menjadi kecamatan di seluruh wilayah Indonesia (di Papua dan Papua Barat kecamatan dikenal sebagai distrik), lalu dibagi lagi menjadi desa administratif (yang disebut Desa, Keluarahan, Kampung, Nagari di Sumatera Selatan, atau Gampong di Aceh).

Sistem informasi HIV secara keseluruhan

Indonesia telah membentuk suatu sistem surveilans HIV yang sangat komprehensif dan memadukan prinsip-prinsip Surveilans Generasi Kedua sejak awal tahun 2000 melalui pelaporan rutin HIV, AIDS, dan IMS; estimasi jumlah populasi kunci; surveilans sentinel; dan survei terpadu biologis dan perilaku. Indonesia telah menggunakan data yang dikumpulkan tersebut untuk membuat estimasi dan proyeksi rutin yang didasarkan pada metode-metode dan perangkat-perangkat yang telah direkomendasikan dai dikembangkan oleh WHO dan UNAIDS. Staf teknis Program AIDS Nasional telah secara rutin menghadiri lokakarya surveilans dan estimasi HIV yang diselenggarakan oleh UNAIDS/WHO. Dengan demikian, Kemenkes/Program AIDS Nasional memiliki staf teknis yang memiliki kapabilitas yang sangat baik. Mereka dapat mengembangkan kerja strategis dan mengadopsi panduan-panduan internasional untuk disesuaikan dengan konteks nasional dan mengimplementasikan kegiatan-kegiatan surveilans dalam kerja sama bersama berbagai Universitas di berbagai provinsi. Indonesia merupakan negara terdesentralisasi dan, dengan demikian, kegiatan surveilans dilakukan di provinsi dan kota/kabupaten oleh para pejabat setempat di bawah panduan dan arahan dari Program AIDS Nasional di Kemenkes Jakarta. Oleh karena itu, pelatihan dan supervisi petugas surveilans dan kegiatan yang dilaksanakan di tingkat provinsi sangatlah penting untuk mempertahankan kualitas data yang dikumpulkan dan untuk memastikan bahwa informasi dikumpulkan secara tepat waktu, baik melalui sistem rutin atau melalui survei pada berbagai populasi berbeda.

Setiap komponen sistem surveilans generasi kedua dan data yang tersedia selama 5 tahun terakhir sejak pengkajian program terakhir pada tahun 2011. Kajian terhadap sistem yang sudah terbentuk dilakukan, tetapi tidak dilakukan secara mendalam (seperti formulir, kuesioner, kunjungan lapangan, dll.) karena dibutuhkan tim yang lebih besar, kunjungan ke provinsi dan kota/kabupaten, penerjemahan sejumlah dokumen ke Bahasa Inggris dan, dengan demikian, membutuhkan waktu yang jauh lebih banyak. Seluruh data surveilans HIV yang tersedia di Indonesia digunakan untuk menghasilkan analisis epidemiologi.

Pelaporan kasus HIV dan AIDS

Pelaporan kasus AIDS yang didasarkan pada tanda-tanda klinis dan konfirmasi laboratorium pertama kali direkomendasikan oleh WHO pada pertengahan tahun 1980-an. Data notifikasi AIDS mewakili situasi epidemi HIV satu dekade yang lalu karena median laju waktu dari infeksi HIV menjadi AIDS adalah sekitar 11 tahun dengan sejumlah variasi bergantung pada subtipe dan usia pada saat infeksi. Indonesia telah melaporkan kasus AIDS sejak tahun 1980-an. Kasus-kasus AIDS dilaporkan sesuai dengan stadium III atau IV infeksi HIV. Strategi tes HIV III telah digunakan untuk diagnosis HIV.

Meskipun demikian, data infeksi HIV lebih menarik daripada notifikasi karena dapat memberikan gambaran epidemi yang relatif baru jika diagnosis HIV dilakukan secara dini. Namun, kasusnya tidak selalu demikian. Indonesia juga melaporkan kasus HIV. Semua orang yang telah dites HIV dan positif serta berada dalam stadium 1 atau 2 dilaporkan sebagai kasus HIV. Di Indonesia, notifikasi kasus HIV datang dari pusat-pusat KTS, layanan kesehatan seperti PPIA, dan layanan-layanan lainnya. Tingkat tes HIV, orang yang dites, dan faktor-faktor lain seperti kampanye HIV, perluasan program PPIA, stigma, dll. dapat memengaruhi data yang dikumpulkan karena jumlah orang yang dites dapat

bervariasi secara bermakna. Oleh karena itu, penting sekali untuk memiliki sejumlah informasi latar belakang orang yang dites dan dilaporkan. Meskipun demikian, kedua sistem tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti diagnosis yang kurang dari yang sesungguhnya (under diagnosis), jumlah yang dilaporkan kurang dari seharusnya (under reporting), notifikasi yang kurang, keterlambatan dalam notifikasi, dan bias lain. Kelengkapan, ketepatan dalam waktu, dan keakuratan merupakan atribut-atribut penting dalam sistem notifikasi rutin. Formulir untuk kasus AIDS memiliki 50 variabel. Penting pula untuk dicatat bahwa semua provinsi telah melaporkan adanya kasus HIV/AIDS.

Meskipun demikian, jika bias tetap sama, analisis terhadap data-data ini dapat memberikan sejumlah distribusi dasar berdasarkan usia, gender, dan lokasi, serta setidaknya suatu tren, meskipun beban infeksi di provinsi atau nasional mungkin diestimasi terlalu rendah. Selama lokakarya, sistem ini tidak dinilai.

Di luar keterbatasan tersebut, pelaporan HIV/AIDS yang ada dapat memberikan informasi penting terkait sejumlah variabel seperti usia, gender, dan lokasi. Dalam beberapa tahun terakhir, Indonesia telah mengembangkan sebuah sistem yang disebut SIHA (sistem aplikasi HIV/AIDS dan IMS berbasis web/Sistem Informasi HIV/AIDS dan IMS) untuk notifikasi kasus HIV dan AIDS yang mengharuskan semua provinsi melaporkan diagnosis HIV baru. Sistem ini tidak memungkinkan adanya deduplikasi, serta tidak mencakup follow up dan tidak terhubung dengan basis data ART. Meskipun demikian, SIHA memungkinkan provinsi mengidentifikasi sejumlah tren dalam pelaporan dan, tentu saja, dapat pula mengidentifikasi kota/kabupaten yang memiliki beban HIV yang tinggi. Pemahaman mengenai siapa, mengapa, dan di mana orang dites merupakan unsur penting dalam memahami data yang disediakan melalui SIHA.

WHO menyiapkan panduan dalam penerapan surveilans kasus HIV dan meningkatkan Sistem Monitoring Pasien melalui perangkat-perangkat baru dan penggunaan kode identifikasi unik. Panduan ini memiliki prinsip memadukan sistem-sistem yang ada dan meningkatkan keberlanjutan sistem informasi kesehatan. Indonesia yang sudah memiliki sistem SIHA baru saat ini sudah menuju arah yang sesuai.

Surveilans dan Survei HIV

Surveilans sentinel HIV (SSH)

Indonesia melaksanakan surveilans sentinel HIV rutin di kalangan populasi kunci (Ponci) yang memiliki risiko yang lebih tinggi di tingkat kota/kabupaten dengan menggunakan *convenience sampling*, RDS, atau TLS dangan jumlah sample 250 untuk Ponci dan 400 untuk ibu hamil untuk sejumlah kota/kabupaten tertentu. Tidak semua kota/kabupaten melakukan SSH di semua Ponci karena terdapat variasi dalam hal Ponci yang dijadikan target. Laporan Sero-surveilans terakhir yang dipublikasikan pada tahun 2013 mencakup survei ke 22 kota untuk Ponci dan 8 kota untuk Survei Cepat Perilaku (rapid behavioural survey, RBS) di kalangan Ponci dengan total 6.600 responden untuk SSH dan 2800 responden untuk RBS. SSH dilaksanakan oleh petugas kesehatan setempat dengan menggunakan panduan Program AIDS Nasional dan panduan-panduan standar. Pelatihan dilakukan untuk mensosialisasikan dan mengimplementasikan panduan tersebut.

Survei Terpadu Biologis dan Perilaku Terpadu di kalangan populasi kunci

Survei Biologis dan Perilaku Terpadu merupakan komponen penting dari Surveilans Generasi Kedua karena survei ini dilakukan di komunitas Ponci yang seringkali mengalami kesulitan untuk menjangkau layanan kesehatan. Salah satu langkah pertama yang dilakukan adalah menentukan definisi Ponci. Indonesia telah mengadopsi definisi yang dipaparkan pada tabel berikut. Definisi ini dapat diterima karena mengikuti rekomendasi UNAIDS/WHO dan memperhitungkan Ponci utama serta faktor-faktor risiko terbaru untuk HIV. Definisi-definisi ini juga mengambil periode waktu satu tahun yang merupakan periode yang masuk akal untuk digunakan.

Tabel 1: Definisi Populasi Kunci

Populasi	Definisi
WPS	Perempuan berusia 15 tahun ke atas yang menerima uang atau barang untuk ditukar dengan seks penetratif dalam jangka waktu 12 bulan terakhir
LSL	Orang yang secara biologis adalah laki-laki berusia 15 tahun ke atas yang berhubungan seks dengan laki-laki lain dalam jangka waktu 12 bulan terakhir
Penasun	Laki-laki atau perempuan berusia 15 tahun ke atas yang menyuntikkan zat obat-obatan yang masuk dalam golongan narkotika dalam jangka waktu 12 bulan terakhir
Waria	Orang yang secara biologis laki-laki berusia 15 tahun ke atas yang mengidentifikasi gendernya sebagai perempuan

Selama lokakarya analisis epidemiologi, definisi ini direvisi dan konsensus dicapai untuk beberapa definisi baru yang tidak berbeda secara bermakna. Definisi Ponci baru ini dipaparkan dalam rekomendasi lokakarya yang diadakan di Yogyakarta.

Indonesia telah melaksanakan sejumlah STBP di beberapa populasi dan lokasi berbeda dengan menggunakan pendekatan-pendekatan yang berbeda-beda. Tabel dan grafik berikut ini memaparkan STBP yang telah dilaksanakan di Indonesia beserta hasil-hasil utamanya sejak tahun 2007. Tabel-tabel berikut ini menggambarkan survei yang dilakukan pada ponci, jumlah sampel dan metode pengumpulan sample serta apakah perbandingan berdasarkan waktu dan tempat dapat dinilai sebagai tren. Keterbatasan STBP adalah bahwa Ponci seringkali berpindah-pindah dan, berdasarkan definisinya, sulit dijangkau. Selain itu, sejumlah Ponci mungkin memiliki beberapa faktor risiko untuk penularan HIV. Oleh karena itu, faktor-faktor eksternal seperti razia polisi, kebijakan baru terkait Ponci, atau perubahan-perubahan sosio ekonomi dapat memengaruhi orang-orang yang dijangkau untuk menjadi sampel untuk survei. Oleh karena itu, pemahaman terhadap apakah faktor-faktor semacam itu ditemui dan mungkin memengaruhi sampel STBP sangatlah penting karena dapat menghasilkan bias baru dan membuat hasil atau tren yang mungkin menjadi kurang sesuai, yaitu menjadi lebih rendah. Walau begitu, prinsip-prinsip dasar yaitu menggunakan metode yang sama, jumlah sampel yang memadai, dan lokasi merupakan dasar untuk menilai tren di kalangan Ponci.

Tabel 2: Data yang tersedia untuk surveilans pada WPS*

	STBP-Kelompok A			STBP-Kelompok B	
	2007	2011	2015	2009	2013
Lokasi	14 kota/kab.	16 kota/kab.	16 kota/kab.	9 kota/kab.	9 kota/kab.
Jumlah sampel	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	Target 250 WPSL dan 200 WPSTL per lokasi	Target 250 per lokasi
Pengambilan sampel	PPS	PPS	Multistage random sampling	PPS	Multistage random sampling
Perbandingan & trends	Data dari ketiga survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan			Data dari kedua survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan	

*Mencakup WPS Langsung dan Tidak Langsung

Tabel 3: Data yang tersedia untuk surveilans pada Waria

	STBP-Kelompok A			STBP-Kelompok B	
	2007	2011	2015	2009	2013
Lokasi	5 kota/kab.	5 kota/kab.	5 kota/kab.	4 kota/kab.	4 kota/kab.
Jumlah sampel	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	Target 200 per lokasi	Target 250 per lokasi
Pengambilan sampel	PPS	PPS	Multistage random sampling	PPS	Multistage random sampling
Perbandingan & trends	Data dari ketiga survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan			Data dari kedua survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan	

Tabel 4: Data yang tersedia untuk surveilans pada LSL

	STBP-Kelompok A			STBP-Kelompok B	
	2007	2011	2015	2009	2013
Lokasi	6 kota/kab.	6 kota/kab.	5 kota/kab.	3 kota/kab.	3 kota/kab.
Jumlah sampel	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	Target 200 per lokasi	Target 250 per lokasi
Pengambilan sampel	TLS, RDS	RDS	RDS	RDS	RDS
Perbandingan & trends	Data dari ketiga survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan			Data dari kedua survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan	

Tabel 5: Data yang tersedia untuk surveilans pada Penasun

	STBP-Kelompok A			STBP-Kelompok B	
	2007	2011	2015	2009	2013
Lokasi	6 kota/kab.	6 kota/kab.	7 kota/kab.	4 kota/kab.	4 kota/kab.
Jumlah sampel	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	target 250 per lokasi	Target 200 per lokasi	Target 250 per lokasi
Pengambilan sampel	RDS	RDS	RDS	RDS	RDS
Perbandingan & trends	Data dari ketiga survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan			Data dari kedua survei dapat dibandingkan dan tren dapat ditentukan	

Tabel 6: Data yang tersedia untuk surveilans pada Warga Binaan Pemasyarakatan

	STBP-Kelompok A			STBP-Kelompok B	
	2007	2011	2015	2009	2013
Lokasi	-	Batam, Jakarta Pusat, Semarang, Banyuwangi, Malang	Batam, Jakarta Pusat, Semarang, Malang, Denpasar	-	Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Bengkulu
Jumlah sampel	-	400	400	-	400
Pengambilan sampel	-	PPS	SRS	-	PPS
Perbandingan trends	Data dari ke dua survei dapat dibandingkan dan tren terbatas untuk 4 lokasi dapat ditentukan			Data tersedia hanya untuk satu tahun, tidak mungkin dilakukan penentuan tres.	

Indonesia telah memiliki pengalaman yang luas dalam melaksanakan survei semacam ini pada Ponci. Survei telah dilakukan di beberapa lokasi, dengan kelompok yang berbeda-beda, dan dengan menggunakan metode yang berbeda-beda seperti RDS, TLS atau *onvenient sampling* sesuai dengan konteks dan populasinya. Di satu sisi terdapat SSH dan RBS yang dilakukan setiap tahun dan, sebagai tambahan, terdapat STBP yang dilakukan setiap dua tahun pada Ponci. Semua survei tersebut dilakukan di lokasi yang berganti-ganti dan telah dilakukan secara konsisten sepanjang waktu. Kegiatan ini memerlukan sejumlah besar sumber daya dalam hal sumber daya manusia dan finansial, serta waktu untuk mengumpulkan dan menganalisis data, lalu menyebarkan informasi yang telah dikumpulkan. Di sisi lain, konteks dan dinamika sosial berubah dengan cepat dengan adanya urbanisasi dan kemajuan ekonomi di negara ini. Sebagai contoh, para ahli STBP mengungkapkan bahwa jumlah sampel untuk Penasun jauh lebih sulit dicapai pada putaran ini dibandingkan dengan putaran-putaran sebelumnya. Lebih jauh lagi, akses ke internet dan media sosial di Indonesia tersedia secara luas dan telah diketahui bahwa media sosial digunakan oleh sejumlah Ponci untuk pertemuan seksual. Meski demikian, belum pernah ada survei yang dilakukan di media sosial atau layanan internet lainnya.

Riset formatif, pelatihan pewawancara, perangkat yang digunakan, kuesioner, dan supervisi proses STBP sehari-hari sangat penting untuk mengumpulkan data yang dapat diandalkan dan berkualitas baik. Saat review diinformasikan bahwa kuesioner yang digunakan untuk STBP yang berbeda-beda tersebut didasarkan pada buku FHI (buku merah) yang dipublikasikan pada tahun 2000.

Laporan SSH dan STBP disusun dengan sangat baik dan sangat kuat secara teknis. Laporan-laporan tersebut memaparkan rincian dan analisis faktor risiko berdasarkan Ponci dan lokasi serta sangat berguna untuk kegiatan perencanaan dan evaluasi di tingkat kota/kabupaten. Lebih jauh lagi, laporan STBP memberikan jauh lebih banyak informasi yang akan bermanfaat untuk mengungkap dampak intervensi di kalangan populasi ini pada tingkat yang lebih lokal.

Dengan adanya perubahan ekonomi, evolusi internet, dan akses ke ART, lanskap HIV telah sangat berubah di banyak wilayah kerja. Dengan menggunakan perangkat digital seperti tablet dan pengkodean secara otomatis (automatic coding) serta perangkat canggih lain, kualitas akan meningkat dan entri data menjadi minimal sehingga memfasilitasi analisis dan meningkatkan kualitas STBP secara menyeluruh. Selain itu, kuesioner perlu diperbarui. WHO/UNAIDS dan mitra-mitranya akan menerbitkan sebuah panduan dan perangkat baru (termasuk kuesioner untuk Ponci) pada tahun 2017. Panduan baru ini akan bermanfaat bagi Indonesia dalam memperbarui kuesioner dan variabel yang digunakan.

Surveilans untuk populasi umum dan kelompok populasi lain

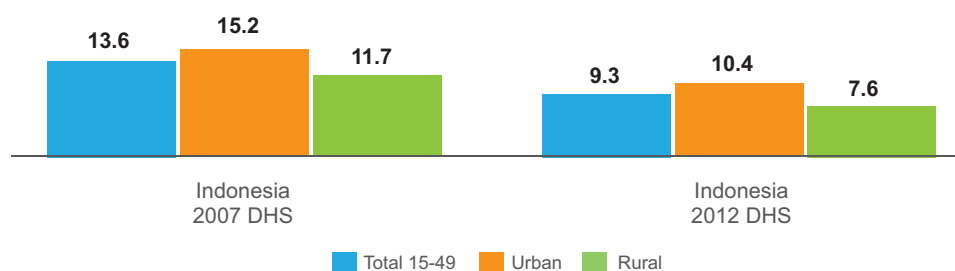
Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilakukan secara rutin memiliki sejumlah indikator HIV yang mengumpulkan data dari populasi umum melalui wawancara rumah tangga dan individu setiap 5 tahun sekali. Data-data ini memberikan informasi yang sangat berharga terkait tingkat pengetahuan dan indikator pencegahan serta sejumlah interaksi antara populasi umum dan Ponci. Informasi dalam survei ini sangat banyak dan bersifat mewakili kondisi nasional. Survei-survei ini dapat digunakan untuk analisis berbagai dimensi berbeda seperti lokasi geografis, tingkat pendidikan, kekayaan, usia, dll. Karena SDKI dilaksanakan secara rutin dan tepat waktu serta menggunakan metode dan perangkat yang sama, data yang dimilikinya cukup kuat untuk memperlihatkan kecenderungan (tren) di populasi umum. Keterbatasan utama dari survei nasional ini adalah bahwa dalam epidemi terkonsentrasi, Ponci sulit dijangkau melalui survei rumah tangga.

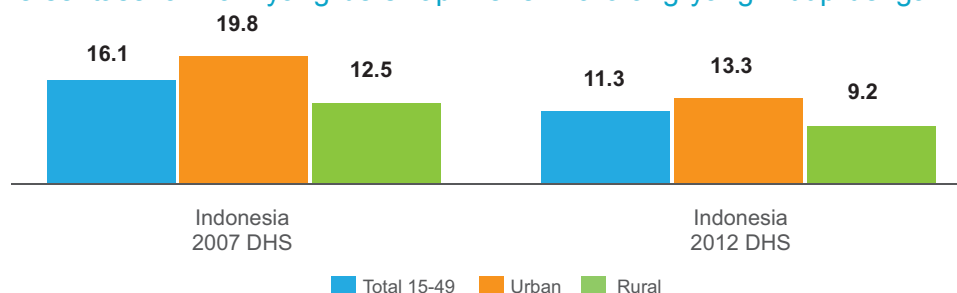
Data-data yang dipaparkan di bawah ini hanya berupa rangkuman singkat indikator-indikator terkait intervensi HIV terkait populasi umum, tetapi memberikan informasi bermanfaat terkait konteks epidemi HIV. Paparan ini hanyalah rangkuman singkat temuan-temuan utama yang berkaitan dengan dinamika epidemi HIV di Indonesia.

Pengetahuan mengenai HIV/AIDS di Indonesia telah meningkat pesat sejak 2002 ketika hanya 58% perempuan pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Jumlah ini meningkat menjadi 77% pada tahun 2012. Laki-laki lebih memiliki kesadaran terhadap keberadaan HIV/AIDS dengan 75% pernah mendengar tentang HIV/AIDS pada tahun 2002 yang meningkat menjadi 85% pada tahun 2012. Meski demikian, kita tahu bahwa meskipun pengetahuan dianggap sebagai kekuatan, pengetahuan saja tidak dapat memicu perubahan perilaku. Namun, pengetahuan ini telah bertransformasi menjadi kemauan untuk menuju sikap menerima dan mau merawat anggota keluarga yang terkena HIV

dengan 69% perempuan dan 74% laki-laki dapat menerima kondisi ini pada survei terakhir di tahun 2012. Walau begitu, sikap positif ini ditentang oleh fakta bahwa hanya sekitar 31% laki-laki dan perempuan akan bersedia membeli sayuran dari seseorang yang menderita HIV, seperti yang dilaporkan dalam SDKI 2012. Lebih jauh lagi, ketika empat indikator komposit untuk sikap menerima orang yang hidup dengan HIV digabungkan, hanya 11% laki-laki dan 9% perempuan memberikan respon positif. Dari semua ini dapat disimpulkan bahwa stigma dan, mungkin, diskriminasi masih sangat nyata di Indonesia dan semua faktor-faktor ini terlihat jelas serta menjadi pendorong epidemi HIV di negara ini.

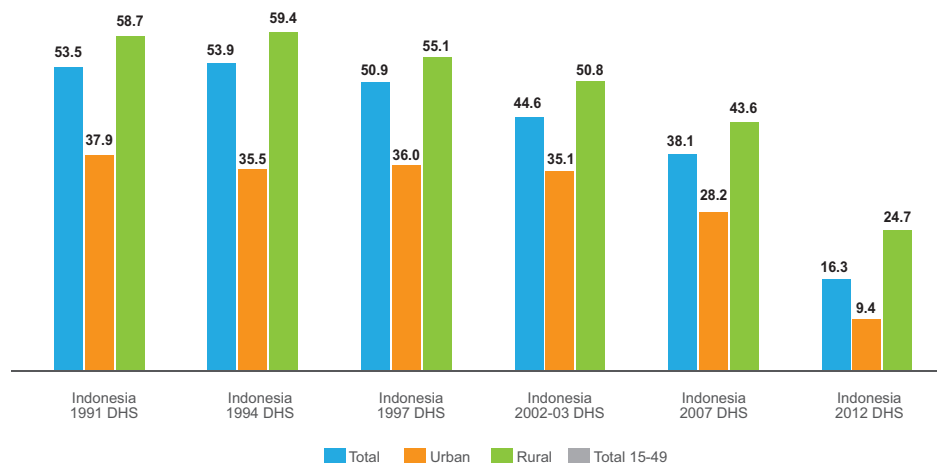
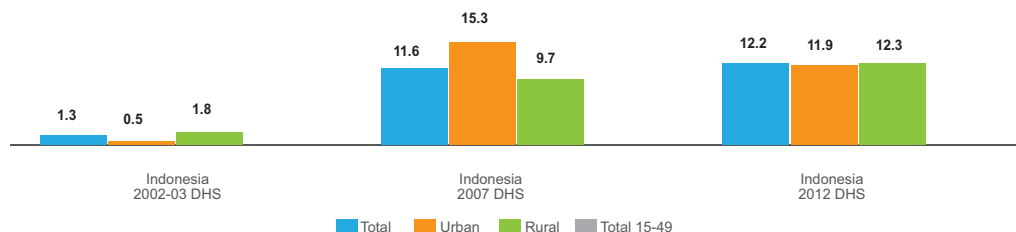
Grafik 1: Sikap menerima orang yang hidup dengan HIV – Komposit 4 komponen (Laki-Laki dan Perempuan)

Persentase perempuan yang bersikap menerima orang yang hidup dengan HIV

ICF International 2015, The DHS Program STAT compiler Furded by USAID http//www.stancompiler.com December 18 2016

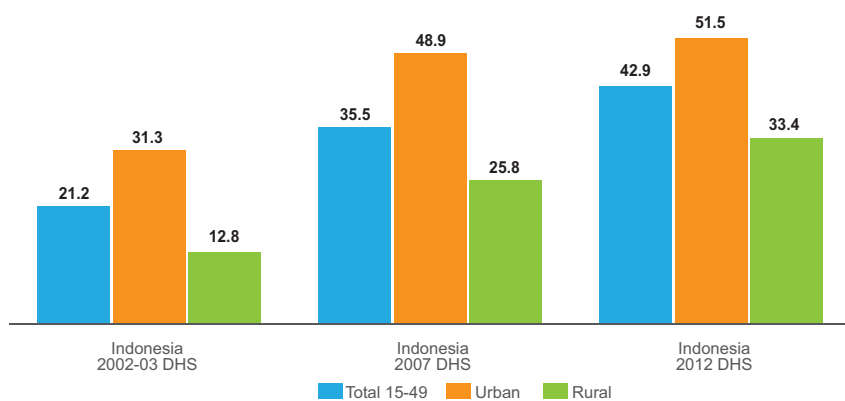
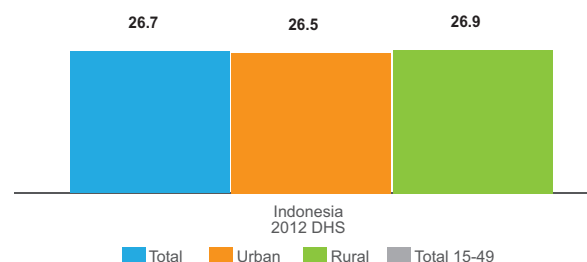
Persentase laki-laki yang bersikap menerima orang yang hidup dengan HIV

ICF International 2015, The DHS Program STAT compiler Furded by USAID http//www.stancompiler.com December 18 2016

Terkait indikator perilaku HIV, inisiasi hubungan seksual merupakan indikator penting untuk memahami perilaku seksual. Dalam kasus Indonesia, hubungan seks sebelum usia 18 tahun berbeda bermakna antara perempuan dan laki-laki, dan di perkotaan versus pedesaan. Secara umum, perempuan di daerah pedesaan mulai berhubungan seksual lebih cepat dibandingkan dengan perempuan di perkotaan dan jumlah perempuan di pedesaan yang memulai hubungan seksual lebih awal berjumlah lebih tinggi daripada laki-laki pada usia yang sama. Meskipun perempuan dengan kecenderungan ini telah menurun jumlahnya dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, dengan 16% berhubungan seks sebelum berusia 18 tahun pada tahun 2012, angka untuk laki-laki sekitar 10% tetap konstan selama satu dekade terakhir. Kemungkinan, fakta bahwa perempuan di desa menikah di usia lebih muda dibandingkan dengan laki-laki dan perempuan di perkotaan dapat menjelaskan hasil ini. Dengan melihat tren tersebut, kita harus mempertimbangkan bahwa kita akan lebih dapat melindungi perempuan di usia lebih muda dari kemungkinan terinfeksi jika lebih sedikit perempuan berhubungan seks sebelum usia 18 tahun.

Grafik 2: hubungan seks sebelum usia 18 tahun pada perempuan dan laki-laki

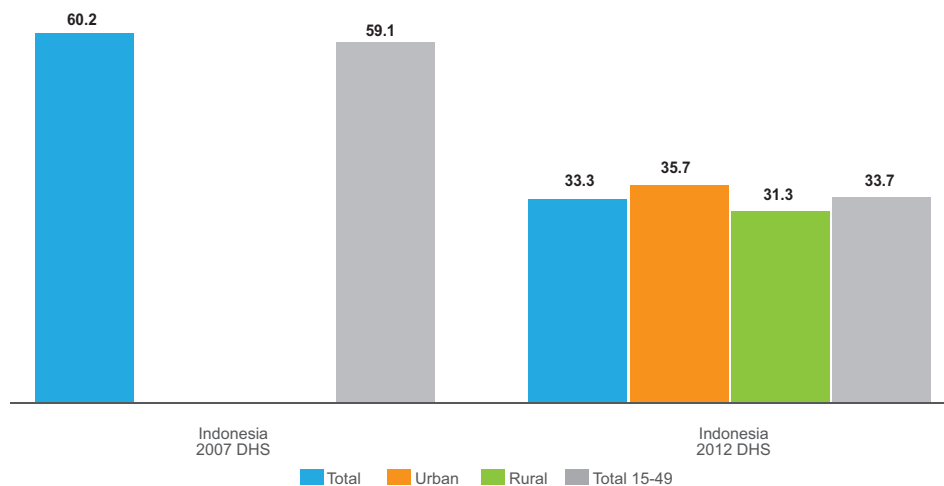
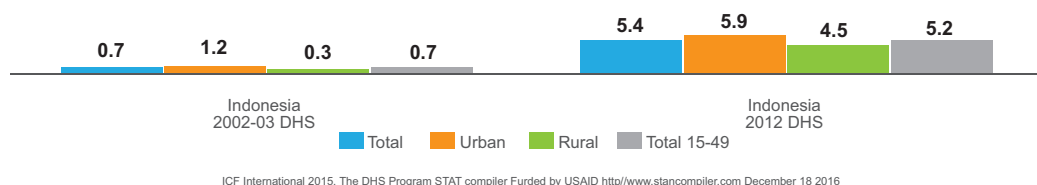
Persentase perempuan usia 18-24 tahun yang berhubungan sex sebelum usia 18 tahun

Persentase laki-laki muda usia 18-24 tahun yang berhubungan sex sebelum usia 18 tahun

Pemakaian kondom merupakan intervensi yang telah diperlihatkan mencegah infeksi HIV dengan baik. Tingkat pemakaian kondom pada perempuan muda sebelum seks di luar nikah sangat rendah, hanya seperempat yang melaporkan pernah menggunakannya di tahun 2012. Hasil ini tidak mengejutkan karena meskipun pengetahuan terkait kondom sebagai pencegahan telah berlipat ganda sejak tahun 2003, hanya 40% perempuan yang tahu bahwa kondom dapat melindungi dari infeksi HIV.

Grafik 3: pengetahuan terkait kondom sebagai perlindungan dan pemakaian kondom oleh perempuan

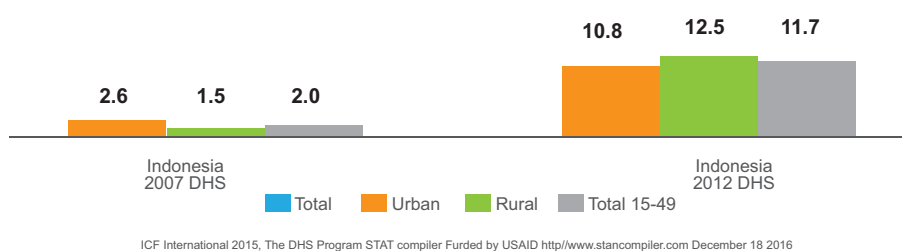
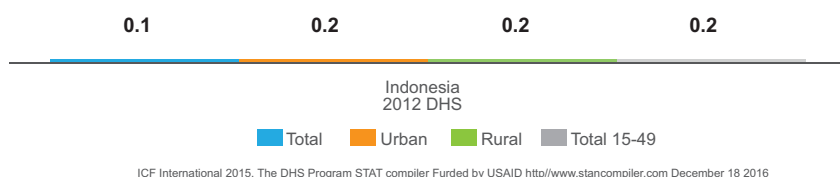
Persentase perempuan yang menjawab bahwa seseorang dapat terlindungi dari penularan HIV dengan menggunakan kondom

Persentase perempuan muda 15-24 tahun menggunakan kondom pada saat berhubungan seks pranikah

Pemakaian kondom di kalangan laki-laki pada hubungan seks komersial terakhir juga sangat rendah dengan hanya 33% menjawab bahwa mereka telah menggunakan kondom pada hubungan seks komersial terakhir pada tahun 2012. Trend ini telah menurun jika dibandingkan dengan data tahun 2007.

Interaksi antara pekerja seks perempuan atau laki-laki dan pelanggan merupakan kontributor penting untuk epidemi HIV di Indonesia karena jumlah pelanggan pekerja seks yang besar di Indonesia menurut PSE 2016. Menurut SDKI terbaru tahun 2012, 5,4% laki-laki dewasa pernah membeli seks dengan angka di daerah perkotaan lebih tinggi dari angka di daerah pedesaan. Angka ini menunjukkan peningkatan yang tajam jika dibandingkan dengan data tahun 2003, tetapi ini mungkin disebabkan oleh konteks bahwa sekarang orang bisa berbicara lebih terbuka mengenai kontak seksual dan isu lain terkait HIV dibandingkan pada tahun tersebut. Jika kita menerapkan persentase ini pada populasi laki-laki dewasa secara keseluruhan, estimasi laki-laki yang melaporkan membeli seks adalah sekitar 4,3 juta yang mendekati jumlah nilai batas bawah pelanggan WPS yang diestimasi oleh kelompok kerja nasional dalam estimasi proyeksinya yang akan dipresentasikan di bagian selanjutnya dari dokumen ini. Meskipun tingkat kesadaran laki-laki mengenai HIV/AIDS dan kondom sebagai metode pencegahan yang bermanfaat tinggi, hanya sekitar 30% laki-laki yang menggunakan kondom pada hubungan seks komersial terakhir menurut SKDI 2012.

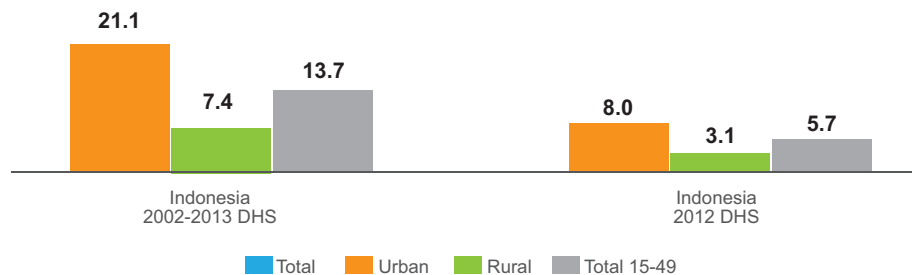
Grafik 4: pernah membeli seks dan penggunaan kondom pada hubungan seks komersial terakhir di kalangan laki-laki

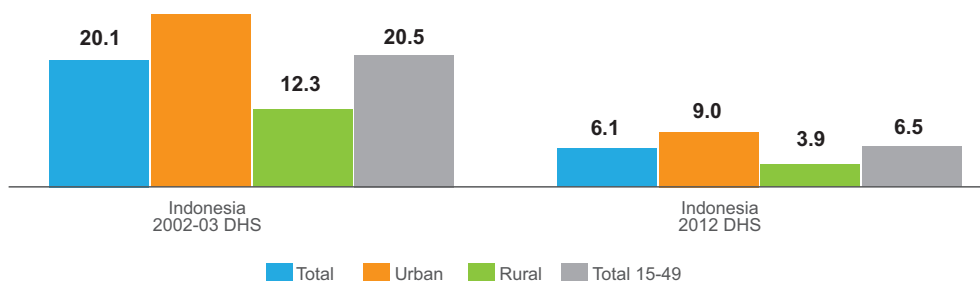
Persentase laki-laki yang menggunakan kondom pada seks komersial terakhir

Persentase laki-laki yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, IMS merupakan faktor risiko besar untuk penularan HIV. IMS memiliki gejala yang sangat berbeda dan persepsi terhadap IMS berbeda pada laki-laki dan perempuan. Selain itu, stigma dan perasaan pribadi juga membuat orang sulit untuk membicarakan hal ini. Sektor swasta dan sektor obat-obatan berperan penting dalam mengobati IMS dan kasus-kasus ini tidak masuk dalam notifikasi. Walau begitu, SDKI 2012 memperlihatkan data yang menarik karena hampir 11% perempuan melaporkan mengalami pengeluaran duh tubuh atau IMS. Di sisi lain, laki-laki jarang melaporkan bahwa mereka mengalami IMS dan hanya 0,2% yang memastikan bahwa mereka pernah mengalami IMS dalam 12 bulan terakhir. Namun, perempuan tidak terinfeksi IMS sendirian sehingga data terkait pernyataan para laki-laki ini sangat diragukan. Yang jelas, fakta bahwa tingkat IMS pada perempuan di populasi umum yang sedemikian tinggi merupakan faktor risiko untuk penularan HIV.

Grafik 5: perempuan dan laki-laki yang melaporkan IMS

Persentase perempuan yang melaporkan IMS, duh tubuh genital, atau nyeri atau luka

Pilar pertama dalam cascade pencegahan adalah pengetahuan terkait tes HIV dan, untuk itu, orang harus tahu kemana mereka harus pergi untuk mendapatkan tes HIV. Pengetahuan mengenai dimana tes HIV dapat diakses sangat rendah baik pada perempuan maupun laki-laki menurut data SDKI2012 karena jumlahnya hanya sekitar 6%. Angka ini kelihatannya menurun dibandingkan survei terakhir pada tahun 2003 yang angkanya dua kali lipat lebih tinggi, baik untuk laki-laki maupun perempuan. Singkatnya, sebagian besar masyarakat di populasi umum tidak tahu harus pergi kemana untuk mendapatkan layanan tes HIV.

Grafik 6: persentase laki-laki dan perempuan yang tahu tempat untuk tes HIV

Persentase perempuan yang tahu tempat untuk dites HIV

ICF International 2015, The DHS Program STAT compiler Furded by USAID http//www.stancompiler.com December 18 2016

Persentase laki-laki yang tahu tempat untuk dites HIV

ICF International 2015, The DHS Program STAT compiler Furded by USAID http//www.stancompiler.com December 18 2016

Subbab berikut ini memaparkan data-data yang diungkapkan dan tersedia pada bulan Desember 2016 yang telah dikumpulkan melalui sistem surveilans generasi kedua.

Pelaporan kasus AIDS

Sistem pelaporan kasus AIDS sudah ada di Indonesia sejak lama dan merupakan sistem pasif. Baru-baru ini, dengan dibuatnya SIHA, laporan mengenai AIDS telah dikumpulkan secara lebih rutin di fasilitas-fasilitas kesehatan yang memiliki SIHA.

Tabel 7: Kasus AIDS yang Dilaporkan di Indonesia, 2011-2016

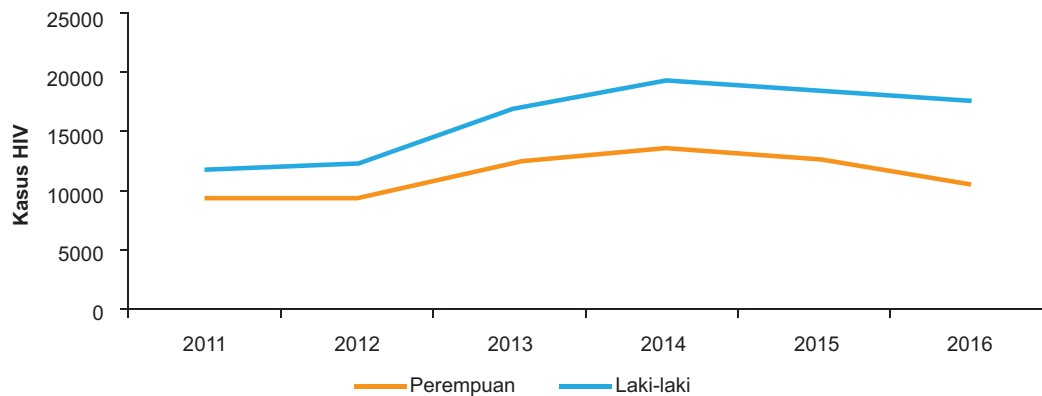
Tahun	Kasus AIDS yang Dilaporkan
2011	8.279
2012	10.862
2013	11.741
2014	7.963
2015	7.185
2016	3.679

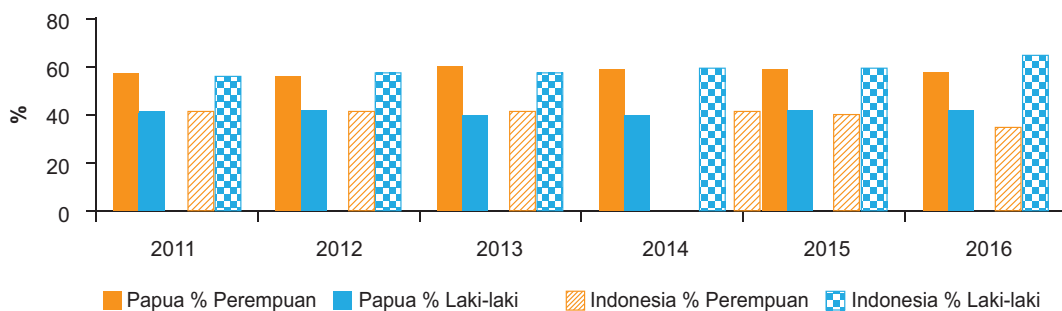
Sumber: Laporan kasus AIDS dari basis data SIHA
Kementerian Kesehatan, kwartal ke-3 2016

Kelihatannya terdapat kecenderungan menurun dalam jumlah orang yang dilaporkan menderita AIDS di provinsi-provinsi dan layanan-layanan kesehatan yang memiliki SIHA sejak tahun 2013. Namun, angka ini kemudian menjadi stabil dalam 3 tahun terakhir dengan sekitar tujuh ribu kasus dilaporkan per tahun.

Pelaporan kasus HIV

Analisis surveilans kasus HIV dengan jelas memperlihatkan bahwa rasio laki-laki terhadap perempuan yang terinfeksi HIV di Indonesia memperlihatkan perbedaan dan tingkat yang bermakna. Meskipun di hampir semua daerah di Indonesia yang merupakan tempat tinggal sebagian besar populasi negara ini menunjukkan bahwa lebih banyak laki-laki yang terinfeksi dibandingkan perempuan dengan rasio P/L 0,7, Papua memperlihatkan rasio yang terbalik dengan perempuan lebih banyak terinfeksi dibandingkan dengan laki-laki (P/L rasio 1,3). Seperti yang diperlihatkan pada grafik 7 dan 8 di bawah ini, sebagian besar orang yang dilaporkan menderita HIV adalah laki-laki tetapi hampir 60% kasus HIV yang dilaporkan di Papua terjadi pada perempuan. Angka ini jauh berbeda dengan angka 37% untuk kasus HIV pada perempuan di semua daerah lain di Indonesia.

Grafik 7: Kasus HIV yang dilaporkan berdasarkan jenis kelamin

Sumber: Laporan KTH dari basis data SIHA, Kemenkes Kwartal ke-3 2016

Grafik 8: Papua dan Daerah-Daerah Lain di Indonesia: Persentase distribusi kasus HIV berdasarkan jenis kelamin

Sumber: Laporan KTH dari basis data SIHA, Kemenkes Kwartal ke-3 2016

Selain itu, sejumlah penelitian genotipe telah meneliti subtipe-subtipe yang ada di Indonesia. Pada tahun 2011, di antara kasus-kasus yang dilaporkan di Papua, sebuah penelitian memperlihatkan bahwa 65% subjek menderita HIV subtipe B dan 33% menderita HIV subtipe non-B (https://f1000research.com/posters/1097801). Penelitian-penelitian lain di Indonesia memperlihatkan bahwa di antara 175 orang yang direktrut untuk sebuah penelitian di Bali, ditemukan bahwa terdapat empat subtipe yang ditemui di populasi: CRF01_AE (88.9%), B (9.3%), C (0.9%) dan G (0.9%). Dari semua orang ini, 65 (60%) adalah Penasun dan 40% lainnya adalah WPS, LSL, dan Waria dengan banyak pasangan seksual atau mereka yang tidak memiliki faktor risiko yang jelas. CRF01_AE lebih sering ditemukan di kalangan Penasun dengan 100% Penasun terkena infeksi subtipe ini. Subtipe B lebih sering ditemui di kalangan LSL dan pekerja seks komersial. Analisis filogenetik mengungkapkan tidak adanya pemisahan virus antar kelompok risiko. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22958472. Semua temuan ini mengkonfirmasi bahwa epidemi di Papua mungkin memiliki asal muasal dan dinamika yang berbeda. Tabel 8 memperlihatkan wilayah-wilayah geografis spesifik dengan angka notifikasi HIV tertinggi.

Tabel 8: Kasus HIV yang dilaporkan di kota/kabupaten tertentu.

	Jakarta	Bali	Jawa Timur	Kalimantan Barat	Papua	Maluku
Trend jumlah kasus Hiv yang dilaporkan:						
- 2011	4.102	1.557	2.715	499	2.850	440
- 2012	3.926	1.737	2.912	465	3.028	295
- 2013	5.865	1.690	3.391	525	3.974	236
- 2014	5.851	2.129	4.508	699	3.278	414
- 2015	4.695	2.028	4.155	456	3.494	409
- 2016	4.402	1.726	4.063	351	2.591	394
Rasio kasus HIV antara laki-laki dan perempuan						
- 2011	4 : 1	1,7 : 1	1,1 : 1	2 : 1	1 : 1,3	1 : 1,5
- 2012	3 : 1	1,3 : 1	1,1 : 1	2 : 1	1 : 1,2	1 : 1,4
- 2013	2,2 : 1	1,4 : 1	1,1 : 1	2,1 : 1	1 : 1,5	1,4 : 1
- 2014	2,4 : 1	1,5 : 1	1,1 : 1	1,6 : 1	1 : 1,3	1,2 : 1
- 2015	2,6 : 1	1,5 : 1	1,3 : 1	1,5 : 1	1 : 1,3	1 : 1
- 2016	3,3 : 1	1,5 : 1	1,2 : 1	2 : 1	0,8 : 1	1,1 : 1
Kasus Hiv berdasarkan usia (2 kelompok utama, 2015)	20-24 25-49	20-29 30-39	20-24 25-49	15-19 20-24	25-49 20-24	20-24 25-49
Kasus HHIV berdasarkan penularan (2 penularan utama, trendK, 2015)	LSL (34%), Pelanggan WPS dan Pasangan Ponci (29%)	Heterosexual (76%), LSL (20%)	Pasangan Ponci (28%), Pelanggan WPS (20.3%), LSL >>	Heterosexual (50%), Pelanggan WPS (20%)	Sebagian besar heteroseksual	Sebagian besar heteroseksual
Kasus HIV berdasarkan kota/kab (3 kota tertinggi) (2015)	Jakarta Pusat Jakarta Timur Jakarta Barat	Denpasar Badung Buleleng	Surabaya Jember Banyuwangi	Pontianak Singkawang Sintang	Jayawijaya Mimika Kota Jayapura	Ambon Maluku Tenggara Kepulauan Aru

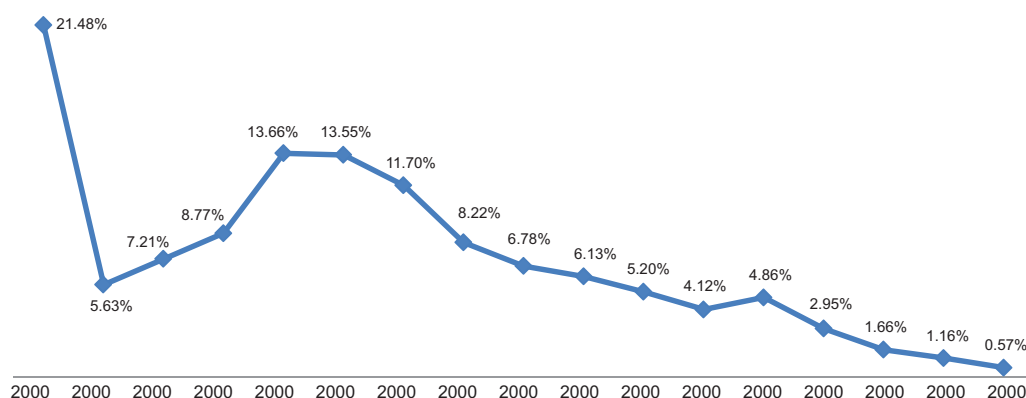
Sumber: Laporan KTH dari basis data SIHA, Kemenkes Kwartal ke-3 2016

Dalam beberapa tahun terakhir, Indonesia telah mengembangkan sebuah basis data yang disebut SIHA yang berpotensi untuk menjadi perangkat klinis yang kuat dan untuk memonitor kasus ODHIV. Sistem SIHA tersedia di semua provinsi tetapi belum di semua layanan kesehatan dan dapat diakses oleh petugas kesehatan masyarakat setempat. Meskipun demikian, tim pengkaji menemukan sejumlah kesenjangan (gap) yang penting, khususnya dalam kemampuan SIHA untuk memfasilitasi analisis data:

- Beberapa karakteristik penting ODHIV tidak ada
  - Jenis dan tempat rujukan ODHIV
  - Rumah tinggal tetap versus lokasi ODHIV diidentifiaksi
- Output-output utama tidak memungkinkan
  - Jumlah CD4 rata-rata per tahun
  - Waktu sejak didaftarkan untuk memulai ART
- Tidak ada link ke data VCT atau pencegahan

Morbiditas dan mortalitas kasus HIV yang dilaporkan

Mortalitas dilaporkan dari kasus AIDS yang dilaporkan dan dari layanan ART. Dari laporan surveilans AIDS, proporsi kematian akibat kasus AIDS meningkat sejalan dengan waktu seperti yang terlihat pada grafik berikut ini. Meskipun demikian, kasus AIDS dilaporkan dari surveilans pasif yang kurang dilaporkan dan dianggap sebagai komponen terlemah surveilans HIV karena kasus AIDS mewakili infeksi lama dan tidak memberikan petunjuk terkait insidensi dan prevalensi saat ini.

Grafik 9: Tren proporsi kematian yang dikaitkan dengan AIDS, Indonesia 2000-2016

Sumber: laporan surveilans AIDS dari basis data SIHA, Kemenkes kwartal ke-3 2016

Penapisan donor darah untuk HIV, suatu proksi untuk populasi umum

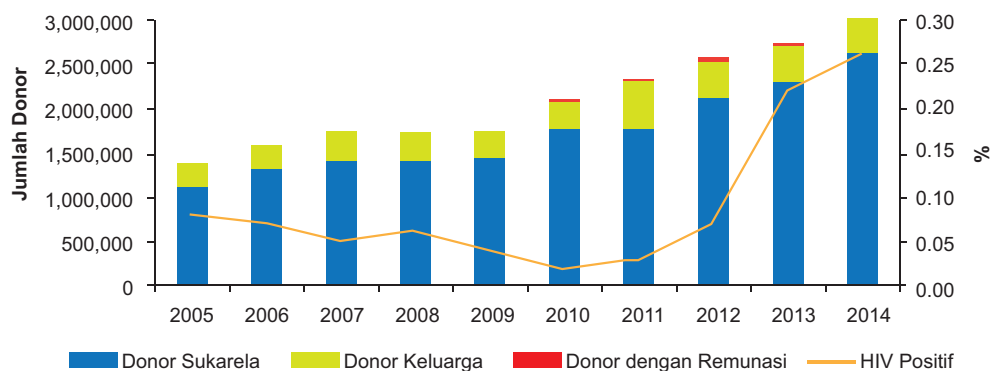
Dalam sebuah artikel tahun 2004, Sedyaningsih-Mamahit, dalam analisis yang melibatkan beberapa negara, mengusulkan pendapat bahwa donor darah biasanya merupakan proksi yang baik untuk populasi umum pada epidemik tergeneralisasi sebagai tingkat prevalensi dengan estimasi rendah. Mereka menemukan bahwa hanya donor keluarga “sesungguhnya”/pengganti pada situasi dan kondisi tertentu yang dapat secara masuk akal mendekati prevalensi HIV pada populasi dewasa. Donor-donor ini, dalam sebagian besar kasus, merupakan orang dewasa tanpa perilaku risiko HIV spesifik. (Sedyaningsih-Mamahit E AIDS. 2004 Sep 3;18(13):1849-51.

Kebijakan nasional mengenai donor darah mengharuskan semua darah donor dan orang yang mendonorkan darah dites HIV, HBV dan HVC. Pendonoran darah bersifat sukarela dan tidak boleh dibayar. Penapisan merupakan salah satu tes cepat HIV dan donor yang positif dirujuk ke klinik VCT.

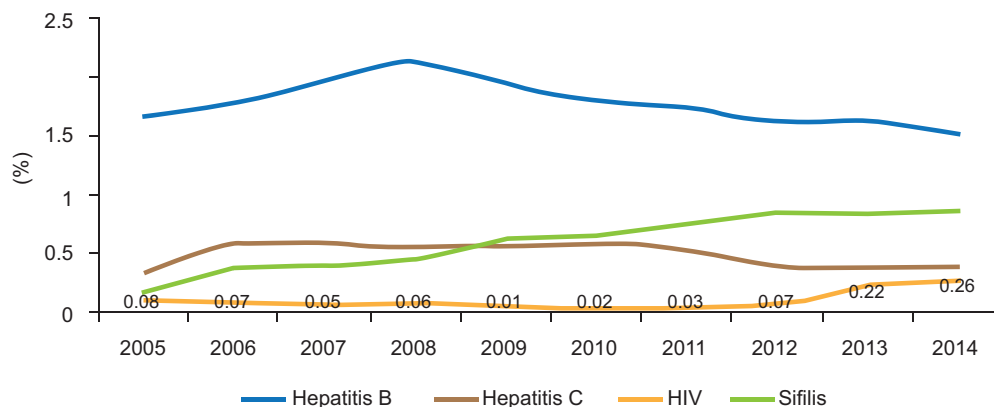
Data-data pendukung menunjukkan bahwa untuk menentukan tingkat epidemi HIV di kalangan populasi umum, Data HIV donor darah disediakan oleh Palang Merah Indonesia. Meskipun demikian, Program AIDS Nasional tidak mengumpulkan data ini secara rutin. Grafik 10 memperlihatkan tren hasil HIV positif pada donor darah dari tahun 2005 hingga 2014 di tingkat nasional dan di Jakarta. Kedua data ini sama-sama memperlihatkan

kecenderunan angka HIV yang stabil selama tahun 2008 sampai 2012 dan meningkat secara cepat sejak itu. Meskipun demikian, prevalensi HIV masih di bawah 1%. Dapat dilihat bahwa jumlah infeksi baru pada donor darah dimulai setidaknya pada pertengahan tahun 2000-an. Apakah ini disebabkan oleh donor darah berbayar baru seperti Penasun? Di sisi lain apakah ini penyebaran alami infeksi HIV di kalangan populasi umum? Sulit untuk menentukannya tanpa adanya informasi mengenai para pendonor darah ini.

Grafik 10: Hasil uji HIV positif pada donor darah

Jumlah Donor
3,000,000
2,500,000
2,000,000
1,500,000
1,000,000
500,000
0
%
0.30
0.25
0.20
0.15
0.10
0.05
0.00
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014
Donor Sukarela
Donor Keluarga
Donor dengan Remunasi
HIV Positif

Sumber: Laporan PMI, 2014

Selain informasi di atas, data yang diberikan oleh Palang Merah Indonesia mengenai infeksi lain dipaparkan pada grafik 11 yang mencakup kecenderungan (trend) sifilis, Hepatitis B dan C. Seperti halnya prevalensi HIV yang terus meningkat meski masih di bawah 1%, prevalensi sifilis juga meningkat. Di sisi lain, HVC dan HVB sudah sedikit menurun.

Grafik 11: Kecenderungan (trend) nasional infeksi yang ditularkan melalui darah: HIV, Sifilis, HVC dan HVB

Sumber: Laporan PMI, 2014

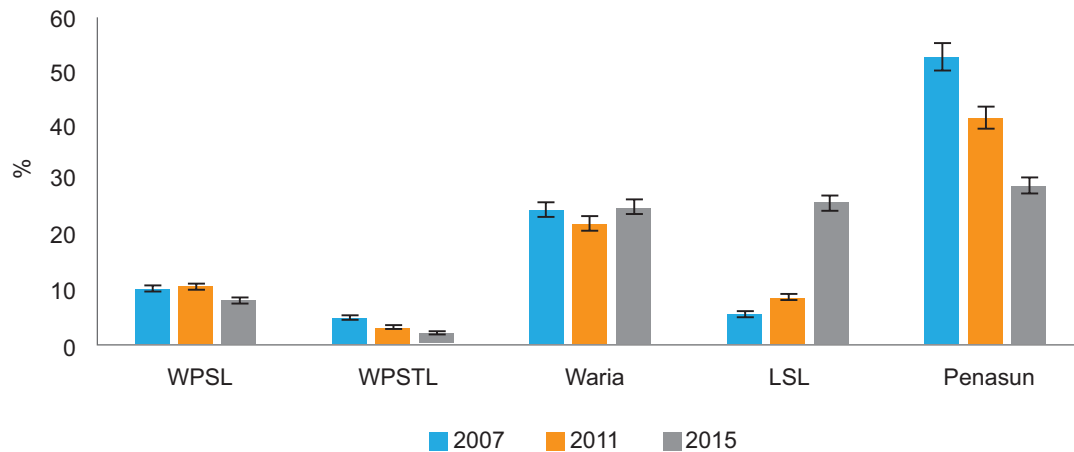
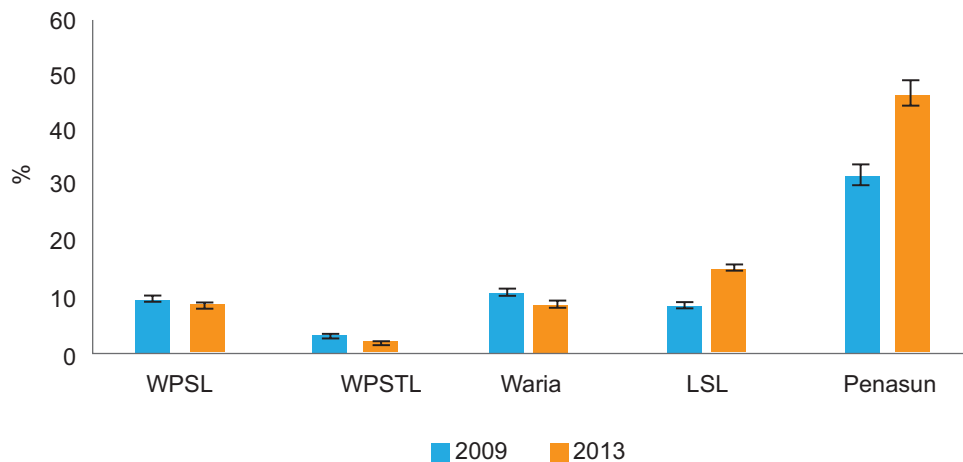
Program perekrutan donor telah diarahkan menuju 100% Donor Darah Sukarela tanpa Pembayaran (Voluntary Non Remunerated Blood Donor, VNRD) yang sekarang telah mencapai 81,3%. Penyebaran informasi mengenai VNRD, pelatihan perekrut donor darah, dan program penghargaan VNRD merupakan strategi untuk meningkatkan dan mempertahankan VNRD. Jumlah donor perempuan yang terbatas serta pasokan darah yang tidak memadai selama bulan puasa dan hari raya merupakan tantangan yang besar (Soedarmono YS, 2010 Jan;38(1):43-6. doi: 10.1016/j.biologicals.2010.02.001). Meskipun demikian, terdapat laporan di media massa bahwa donor darah sering pula dibayar dan, bergantung dari golongan darahnya, nilai nominal pembayarannya cukup tinggi, http://news.asiaone.com/news/asia/paid-donors-burgeon-supplies-run-low-indonesia. Namun, informasi PMI menyatakan bahwa donor darah di Indonesia dapat diklasifikasikan menjadi tiga golongan: donor sukarela (86,2%), donor keluarga (13,5%) dan donor berbayar (0,23%).

Meskipun memang banyak keterbatasan (satu tes tunggal yang perlu dikonfirmasi, donor darah berulang pada tahun yang sama, bias jenis kelamin di beberapa negara), data donor darah merupakan data yang rutin dikumpulkan dan bermanfaat untuk merepresentasikan beban HIV pada populasi berisiko rendah. Data ini juga dapat membantu mendeteksi adanya kejadian luar biasa pada beberapa kasus jika dipantau secara rutin. Namun, pemahaman mengenai siapa donor tersebut dan kebijakan yang diterapkan merupakan hal penting untuk dapat memahami nilai informasi dan kecenderungannya.

Data hasil surveilans HIV pada Ponci

Grafik dan tabel berikut ini memperlihatkan hasil dari semua data yang tersedia untuk prevalensi HIV di kalangan Ponci pada tahun-tahun terakhir dengan menggunakan STBP Kelompok A dan Kelompok B. Data ini dengan jelas memperlihatkan bahwa tingkat prevalensi HIV di kalangan Ponci masuk tetap jauh lebih tinggi dari 5%, dengan peningkatan bermakna di kalangan LSL dan penurunan di kalangan Penasun pada survei untuk kelompok A. Selain itu, ko-faktor seperti IMS yang meningkatkan risiko penularan HIV juga tinggi di semua Ponci baik di lokasi survei kelompok A maupun B seperti yang diperlihatkan pada tabel 9 dan 10.

Populasi Kunci

Grafik 12: Tren Prevalensi HIV pada Ponci, STBP Kelompok A pada tahun 2007-2015

Grafik 13: Tren Prevalensi HIV pada Ponci, STBP Kelompok B pada tahun 2009-2013

Tabel 9: Prevalensi HIV dan IMS pada Populasi Kunci, STBP Kelompok A pada tahun 2011-2015

Angka prevalensi (%)	WPSL			WPSTL			Waria			LSL			Penasun		
	2007	2011	2015	2007	2011	2015	2007	2011	2015	2007	2011	2015	2007	2011	2015
HIV	10	10,4	7,97	5	2,9	2,2	24	21,9	24,8	5,2	8,5	25,8	52	41,2	28,8
Sifilis	15	10,2	6,5	6	3,1	2,2	27	25,3	17,4	4,3	9,3	15,7	1,2	2,1	1,5
Klamidia	35	40,7	32,3	29	40,6	30,3	30	28,3	16,8	23,7	20,5	18,5	5,6	-	-
Gonore	32	37,8	21,2	14	18,7	9,7	29	28,8	12,2	19,6	20,8	12,7	0,8	-	-

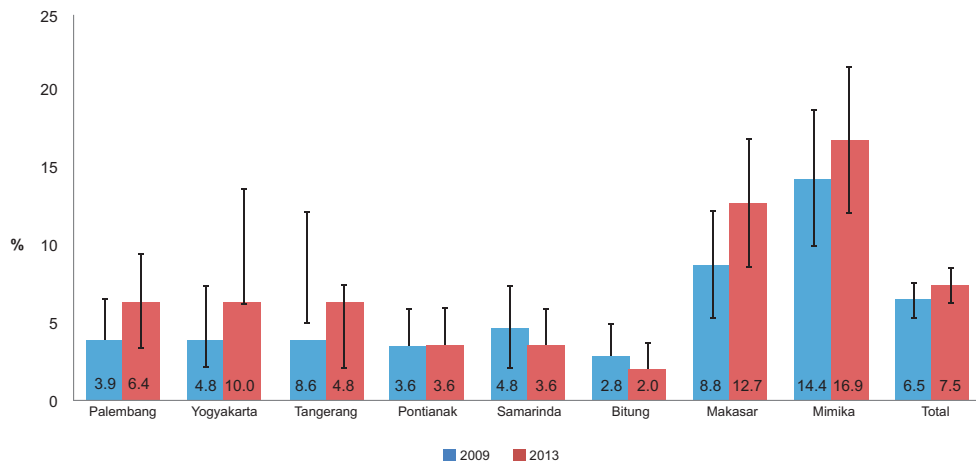
Tabel 10: HIV dan IMS prevalence in Key Populations, STBP Kelompok B pada tahun 2009-2013

Angka prevalensi (%)	WPSL 2009	WPSL 2013	WPSTL 2009	WPSTL 2013	Waria 2009	Waria 2013	LSL 2009	LSL 2013	Penasun 2009	Penasun 2013
HIV	8,0	7,2	2,6	1,6	9,2	7,4	7,0	12,8	27,0	39,5
Sifilis	6,3	4,0	3,0	1,8	12,0	9,7	8,0	11,3	1,0	2,9
Klamidia	42,4	40,0	39,5	30,8	34,0	19,8	17,0	23,0	-	-
Gonore	34,8	32,2	21,8	17,7	29,0	19,4	17,0	21,2	-	-

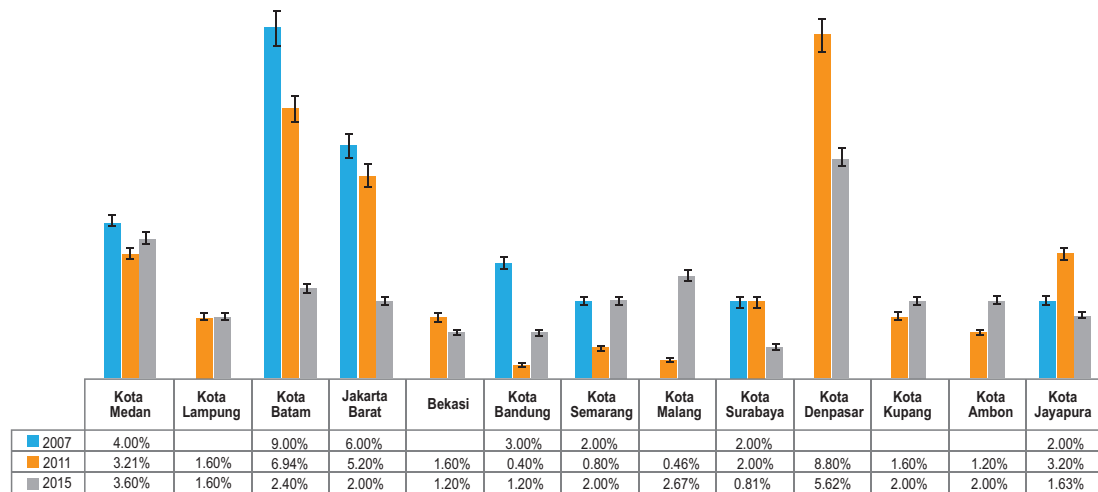
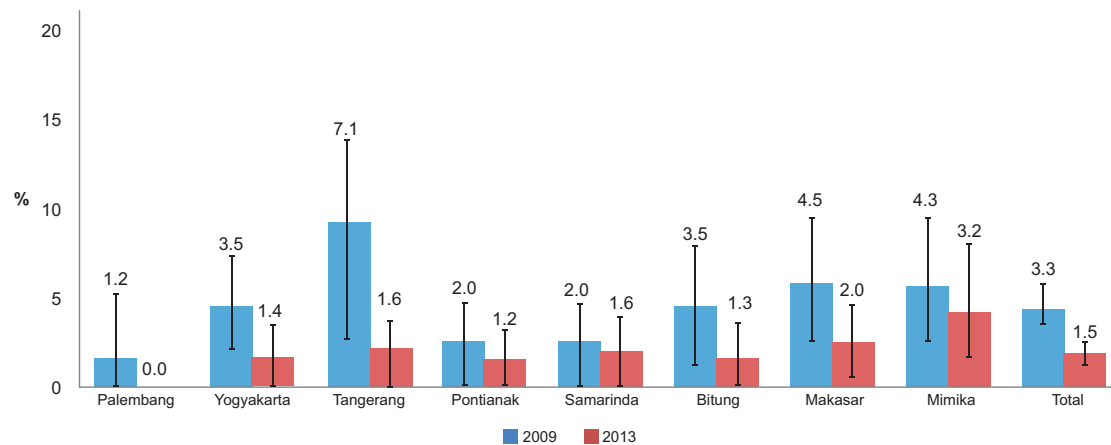
Wanita Pekerja Seks Langsung

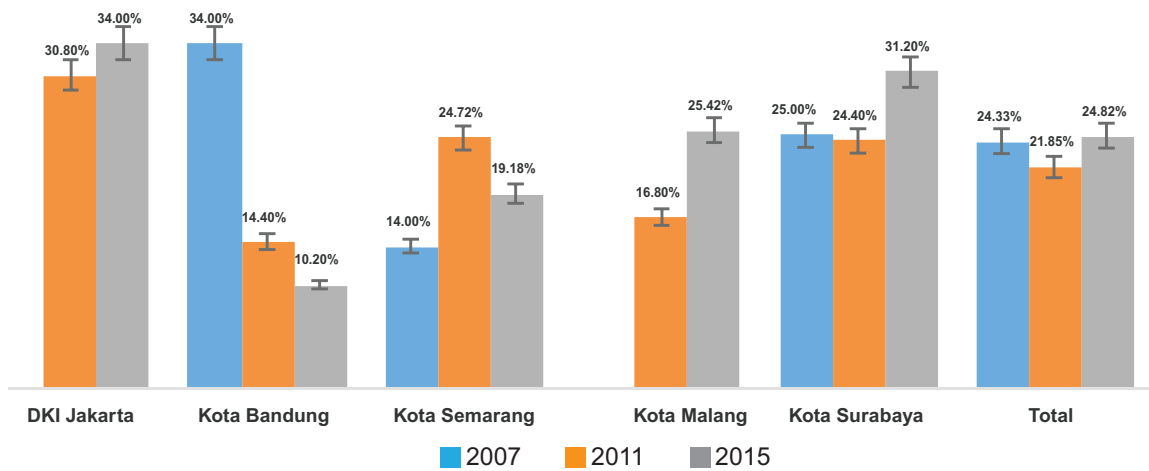
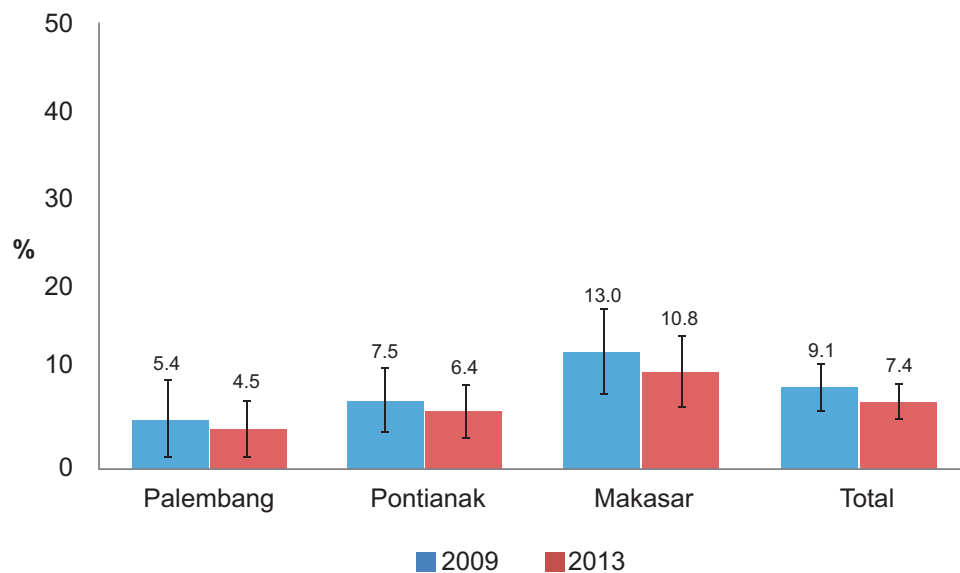
Grafik 14: Tren Prevalensi HIV pada WPSL, STBP Kelompok A pada tahun 2007-2015

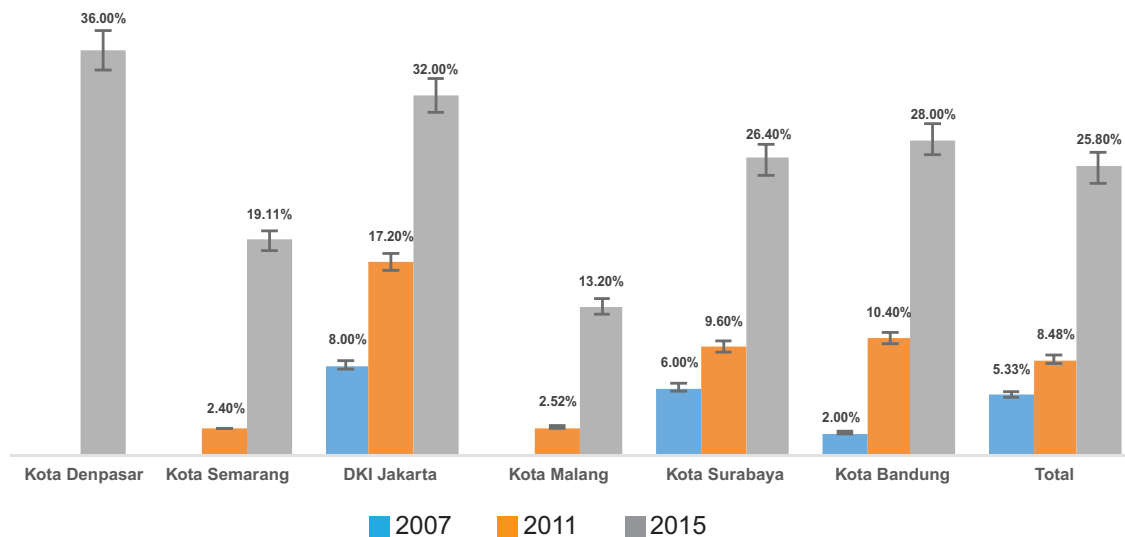
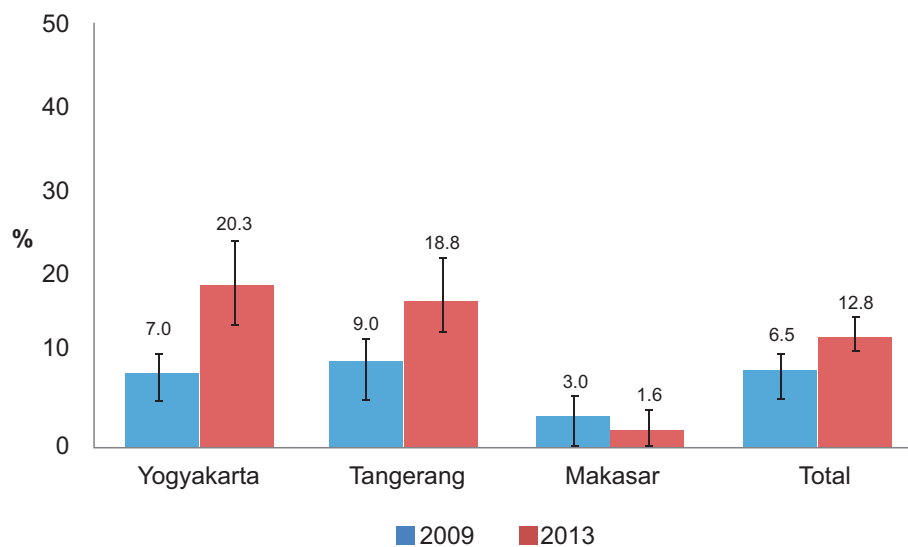
	Deli Serdang	Kota Jayapura	Kota Denpasar	Batang	Kota Batam	Kota Kupang	Waimena	Kota Semarang	Kota Ambon	Kota Lampung	Kota Jakarta Utara	Kota Malang	Kota Surabaya	Banyuwangi	Kota Bandung	Bekasi	Serang
2007	6.00%	14.00%	14.00%		12.00%			7.00%			10.00%		10.00%	3.00%	12.00%		17%
2011	3.64%	16.00%	16.06%	20.70%	10.00%	8.80%	25.00%	4.80%	12.37%	5.60%	10.48%	4.00%	10.40%	7.17%	11.60%	6.80%	
2015	2.00%	8.00%	4.80%	6.87%	9.60%	6.80%	11.02%	2.80%	6.31%	7.20%	13.20%	4.19%	15.20%	9.68%	10.84%	9.20%	

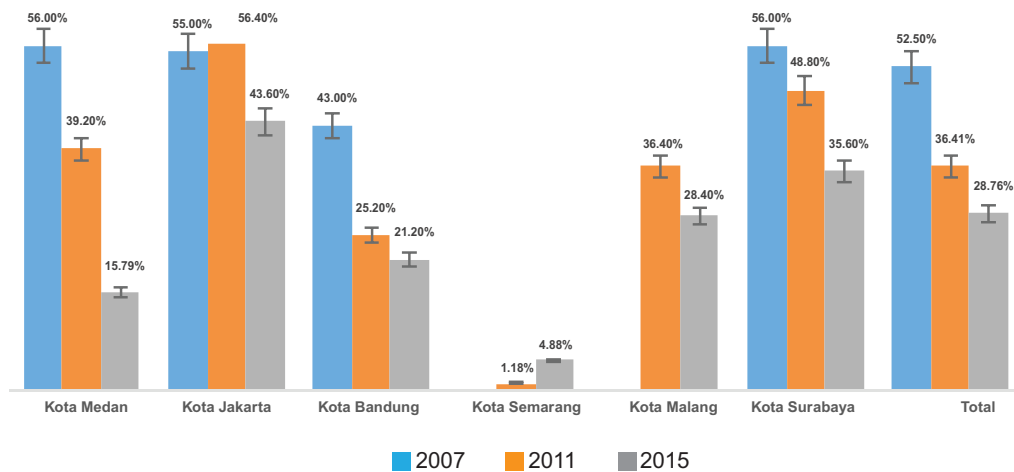
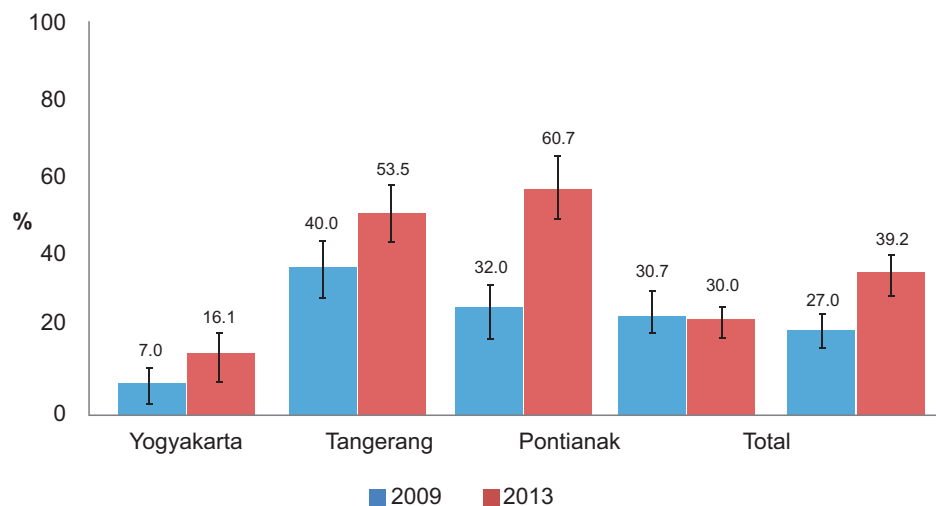
Grafik 15: Tren Prevalensi HIV pada WPSL, STBP Kelompok B pada tahun 2009-2013

Wanita Pekerja Seks Tidak Langsung

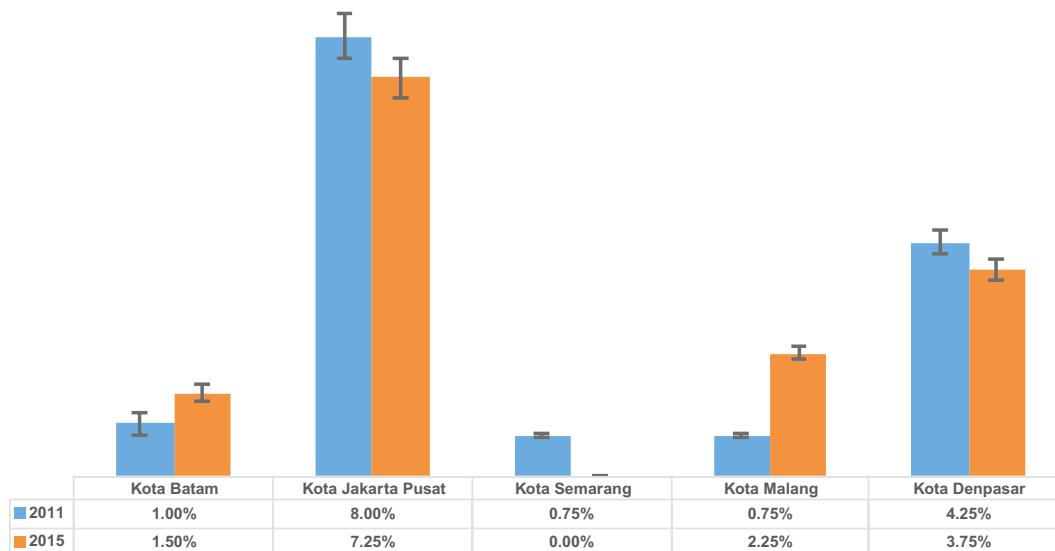
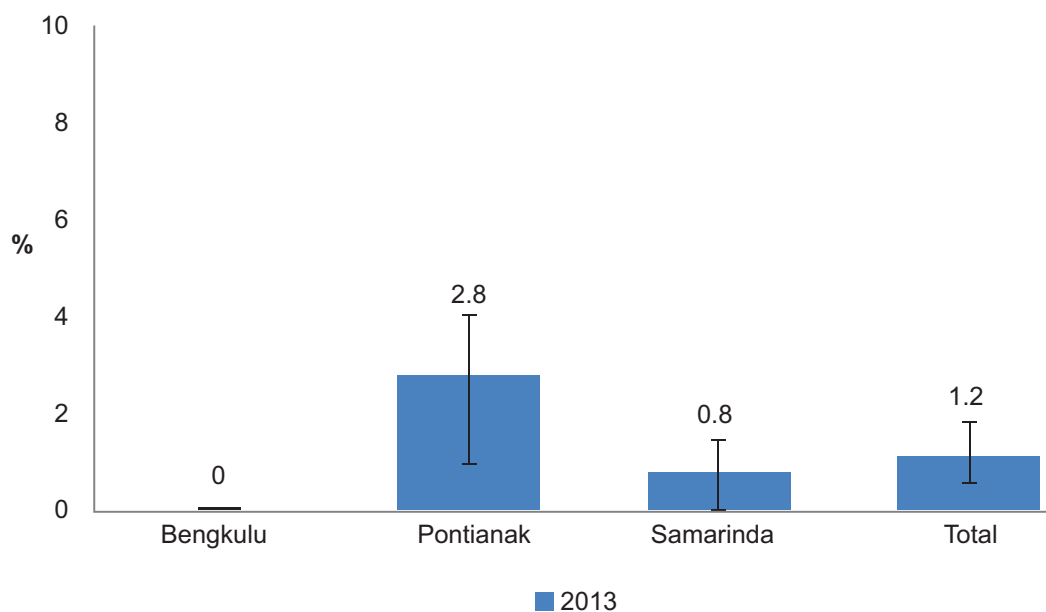
Grafik 16: Tren Prevalensi HIV pada WPSTL, STBP Kelompok A pada tahun 2007-2015

	Kota Medan	Kota Lampung	Kota Batam	Jakarta Barat	Bekasi	Kota Bandung	Kota Semarang	Kota Malang	Kota Surabaya	Kota Denpasar	Kota Kupang	Kota Ambon	Kota Jayapura
2007	4.00%		9.00%	6.00%		3.00%	2.00%		2.00%				2.00%
2011	3.21%	1.60%	6.94%	5.20%	1.60%	0.40%	0.80%	0.46%	2.00%	8.80%	1.60%	1.20%	3.20%
2015	3.60%	1.60%	2.40%	2.00%	1.20%	1.20%	2.00%	2.67%	0.81%	5.62%	2.00%	2.00%	1.63%

Grafik 17: Tren Prevalensi HIV pada WPSTL, STBP Kelompok B pada tahun 2009-2013

Waria

Grafik 18: Tren Prevalensi HIV pada Waria, STBP Kelompok A pada tahun 2007-2015

Grafik 19: Tren Prevalensi HIV pada Waria, STBP Kelompok B, 2009-2013

Laki-Laki yang Seks dengan Laki-Laki

Grafik 20: Tren Prevalensi HIV pada LSL, STBP Kelompok A pada tahun 2007-2015

Grafik 21: Tren Prevalensi HIV pada LSL, STBP Kelompok B pada tahun 2009-2013

Pengguna Napza Suntik

Grafik 22: Tren Prevalensi HIV pada Penasun, STBP Kelompok A pada tahun 2007-2015

Grafik 23: Tren pada Prevalensi HIV among Penasun, STBP Kelompok B pada tahun 2009-2013

Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP)

Grafik 24: Prevalensi HIV pada WBP, STBP Kelompok A pada tahun 2011-2015

Grafik 25: Prevalensi HIV pada WBP, STBP Kelompok B pada tahun 2013

Meskipun tidak cukup data yang tersedia untuk memperlihatkan kecenderungan pada warga binaan pemasyarakatan, sejak intervensi dilakukan di beberapa lembaga pemasyarakatan (Lapas), STBP dilakukan di beberapa provinsi. Secara umum, prevalensi HIV di Lapas jauh berada di bawah prevalensi Ponci lain dengan angka tertinggi dilaporkan untuk DKI Jakarta.

Dengan memperhitungkan informasi secara menyeluruh mengenai Ponci dan kecenderungan yang ada (karena mobilitas Ponci dapat memengaruhi tren) dari tiga putaran STBP, situasi Indonesia secara keseluruhan diperlihatkan pada **Tabel 11**.

Tabel 11: Tabel dibawah ini menyajikan ringkasan hasil dari tren yand ada menurut provinsi dan populasi kunci yang melaksanakan STBP tiga putaran

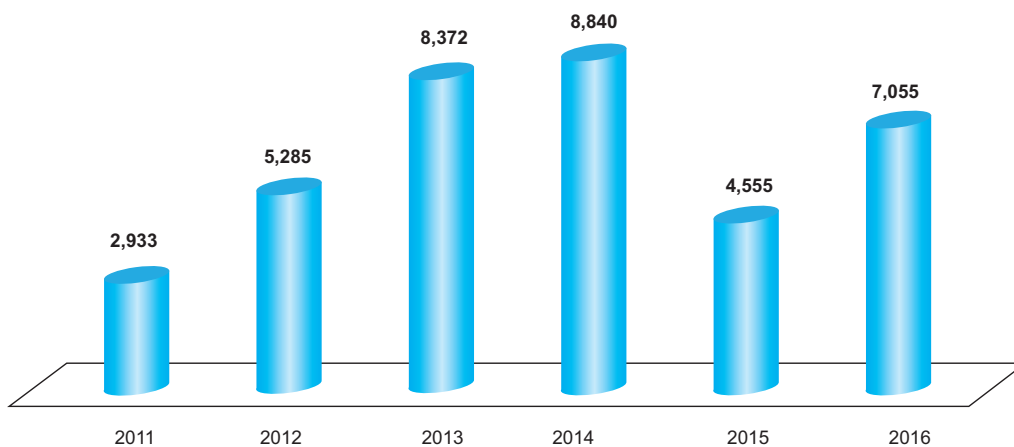
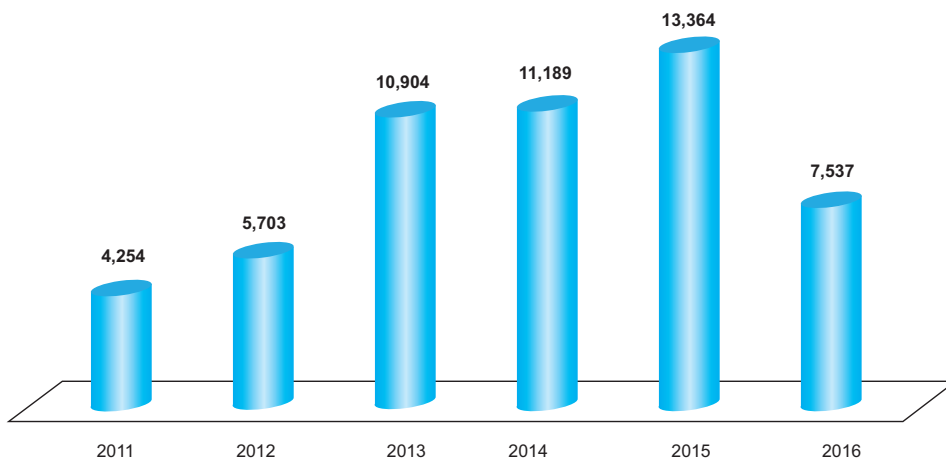
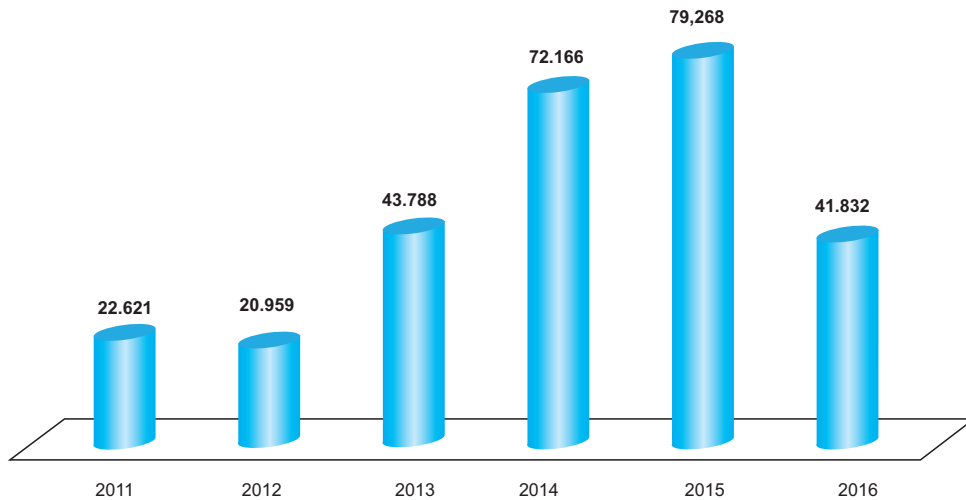
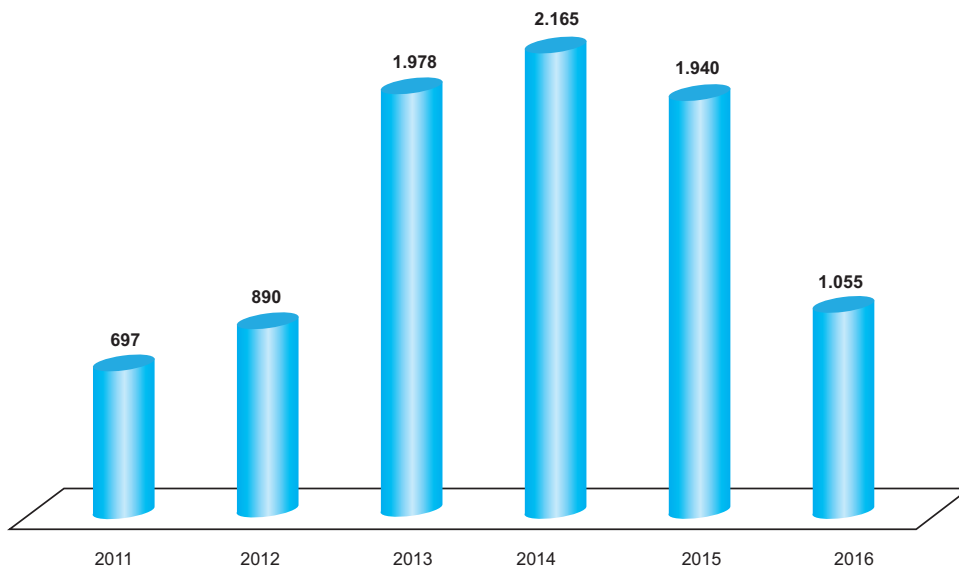
Populasi Kunci	Tren Menurun	Tren Stabil	Tren Meningkat
WPSL	Deli Serdang Semarang	Bandung	Jakarta Utara Banyuwangi Surabaya
WPSTL	Batam Jakarta Barat	Medan	
Waria	Bandung		Surabaya
LSL			Jakarta Surabaya Bandung
Penasun	Medan Jakarta Bandung Surabaya		
WBP	Jakarta Pusat	Denpasar Batam	Kota Malang

Prevalensi IMS

IMS merupakan proksi hubungan seks tanpa pelindung di masyarakat, baik yang masuk ke populasi umum maupun Ponci. Lebih jauh lagi, telah ditetapkan bahwa keberadaan IMS pada pasangan seks meningkatkan angka penularan HIV secara bermakna di kalangan pasangan seksual dan, khususnya, ketika ditemukan kasus Klamidia atau Gonore. IMS jelas merupakan faktor risiko untuk penularan HIV. IMS juga memiliki efek-efek sekunder lain selain penularan HIV dan IMS harus dicegah dan diobati sebagai tindakan terbaik untuk Kesehatan Masyarakat. Indonesia mengumpulkan data HIV berdasarkan pendekatan sindromik dan diagnosis laboratorium. Dalam sebuah penelitian baru-baru ini, ditemukan bahwa peningkatan peradangan pada saluran genital perempuan dikaitkan dengan peningkatan risiko HIV. Pada kohort prospektif perempuan Afrika Selatan muda

yang sehat, ditemukan bahwa individu dengan berbagai bakteri genital yang didominasi oleh bakteri anaerob selain Gardnerella memiliki risiko 4 kali lebih tinggi untuk tertular HIV dan peningkatan jumlah CD4+ mukosa aktif (http://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613(16)30519).

Sistem pelaporan rutin didasarkan pada pendekatan sindromik dan diagnosis laboratorium. Secara keseluruhan, jumlah IMS yang dilaporkan di negara ini telah meningkat untuk semua IMS dengan angka yang agak lebih stabil pada tahun 2014 dan 2015, karena data untuk tahun 2016 masih belum lengkap. Kelihatannya mungkin saja bahwa peningkatan dalam kecenderungan ini disebabkan oleh sistem pelaporan yang membaik. Jika kita lihat kecenderungan pada perempuan antara tahun 2011 dan 2016, jumlah kasus wanita yang melaporkan mengalami pengeluaran duh vagina adalah 79.268 kasus. Menurut SDKI, 10% perempuan telah melaporkan mengalami sejumlah gejala terkait IMS (sejumlah pengeluaran duh yang belum tentu IMS). Jika melihat hasil SDKI, jumlah ini akan jauh lebih tinggi jika semua kasus dilaporkan. Pengobatan sendiri dan pengobatan oleh sektor swasta memegang peran penting dalam kurangnya notifikasi IMS oleh layanan kesehatan. Walau begitu, trennya kelihatannya meningkat dalam lima tahun terakhir.

Grafik 26: Kasus sifilis yang dilaporkan, Indonesia 2011-2016

Grafik 27: Kasus duh uretra yang dilaporkan, Indonesia 2011-2016

Grafik 28: Kasus pengeluaran duh vagina yang dilaporkan pada 2011-2016

Grafik 29: Kasus ulkus genital yang dilaporkan pada 2011-2016

Data yang jauh lebih menarik terkait tingkat IMS seperti sifilis dan gonore dilaporkan oleh STBP pada Ponci. Sifilis dilaporkan tetap tinggi pada Waria (17,4%), LSL (15,7%) dan sedang pada WPSL (6,5%) dan Penasun (1,5%) di tahun 2015.

Dinamika Penularan

Ketika data surveilans antara tahun 2007 dan 2015 dengan Ponci berbeda dan lokasi berbeda dibandingkan, suatu pola yang jelas terlihat. Pada Penasun yang merupakan kontributor besar dalam epidemi HIV di sejumlah kota/kabupaten, penurunan tingkat prevalensi terlihat jelas, terutama di Medan, Jakarta, Bandung dan Surabaya. Penurunan ini dapat dijelaskan dengan keberadaan intervensi. Jika cakupan LASS dan OST cukup luas atau terjadi mortalitas yang lebih tinggi pada populasi ini, turnover populasi Penasun menjadi lebih sedikit. Namun, nilai median prevalensi HIV di kalangan Penasun sangat tinggi, dengan hampir 30% telah terinfeksi HIV.

Di sisi lain, tingkat prevalensi HIV di kalangan LSL terus meningkat di kota-kota besar utama di Indonesia (Jakarta, Bandung, dan Surabaya) dengan angka lebih dari 20%. Meskipun di kota-kota lain tingkat prevalensinya lebih rendah, tren peningkatan bermakna juga ditemui. Di sisi lain, proporsi LSL yang menyuntik narkoba turun dari 5% menjadi 0% di Jakarta selama periode 2011 sampai 2015.

Tingkat infeksi HIV yang sama tingginya terlihat di kalangan Waria dengan angka lebih dari 20% di sejumlah kota dan prevalensi infeksi yang lebih rendah ditemukan di kota-kota lain, prevalensi di seluruh wilayah Indonesia jauh melampaui 5% untuk populasi ini. Walau di sejumlah kota trennya jelas menurun, seperti di Bandung, di kota-kota lain tingkat prevalensinya stabil di 20%.

Variasi yang lebih banyak ditemukan dalam tren prevalensi pada WPS. Di sejumlah kota, prevalensi jelas menurun, seperti di Deli Serdang, Batam, Semarang dan Jakarta Barat dengan prevalensi di bawah 5%. Namun di kota-kota lain seperti Jakarta Utara, Banyuwangi, Surabaya, prevalensi meningkat. Wanita pekerja seks langsung diduga memiliki angka prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan wanita pekerja seks tidak langsung. Turnover dan mobilitas populasi ini perlu dipertimbangkan dan analisis saksama terhadap STBP dan SSH perlu dilakukan untuk memahami trend ini.

Provinsi-provinsi tertentu (Tabel 11) dambil untuk dikaji sebagai perwakilan situasi Indonesia, termasuk provinsi-provinsi dengan prevalensi HIV tinggi dan respon yang tinggi (Jakarta, Jawa Timur, dan Bali), provinsi dengan prevalensi HIV tinggi dan respon yang relatif rendah (Papua, Kalimantan Barat), dan provinsi dengan prevalensi HIV rendah dan respon yang relatif lebih rendah (Maluku).

Semua provinsi, kecuali Papua, memperlihatkan bahwa epidemi HIV masih terkonsentrasi di kalangan Populasi Kunci. Prevalensi HIV di beberapa provinsi tertentu meningkat (2011-2015), sementara penularan melalui hubungan seksual (heteroseksual dan LSL) menjadi jalur utama penularan HIV. Persentase peningkatan HIV, peran Ponci dalam penularan HIV, dan maturitas epidemi bervariasi antar provinsi. Di Papua, epidemi HIV terjadi di populasi umum dalam tingkat rendah dengan penularan heteroseksual sebagai jalur utama penularan.

Data surveilans memperlihatkan bahwa prevalensi HIV pada Ponci di semua provinsi selain Papua sangat bervariasi jumlah dan trennya. Prevalensi HIV di kalangan WPSL berkisar antara 8% sampai 10%, sementara prevalensi pada WPSTL lebih rendah (di bawah 5%); dan prevalensi pada waria lebih tinggi daripada WPSL (lebih dari 25%). Trend HIV selama lebih dari lima tahun pada populasi ini relatif stabil. Prevalensi LSL berkisar antara 5% hingga 25% dan memperlihatkan peningkatan tren secara konsisten dari tahun 2011 sampai 2015. Meskipun prevalensi Penasun berkisar antara 27% dan 52%, trennya terlihat menurun selama 5 tahun terakhir. Di beberapa provinsi, prevalensi HIV pada WPS jauh lebih tinggi (2-3 kali lipat) daripada prevalensi sifilis, sehingga menunjukkan adanya variasi maturitas epidemi HIV antar provinsi. Di luar Ponci, data surveilans pada ibu hamil memperlihatkan prevalensi HIV di bawah 1% (0% – 0,7%) yang konsisten dengan data program PPIA (0,1% – 0,8%). Kasus HIV yang dilaporkan pada laki-laki secara konsisten 1,1 sampai 4 kali lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Pada ibu hamil, prevalensi HIV dan IMS sifilis relatif sebanding, mencerminkan bahwa epidemi HIV masih berada di tahap awal.

Data PPIA menunjukkan bahwa proporsi HIV positif pada ibu hamil telah melebihi 1% (1,35%). Angka ini konsisten dengan hasil STBP untuk populasi umum (2.3%). Selama lima tahun (2011-2015), rasio kasus HIV pada laki-laki dan perempuan adalah 1:1,2-1,5, yang berarti perempuan lebih terdampak oleh infeksi HIV dibandingkan dengan laki-laki.

Terkait IMS, sebagian besar Ponci dites untuk sifilis. Angka sifilis tertinggi ditemui pada Waria dan LSL, yaitu 17,4% dan 15,7% secara berurutan, dan angka sifilis tingkat sedang dan rendah ditemukan pada pekerja seks perempuan yang memperlihatkan tren yang jelas menurun (6,5%) dan Penasun (1,5%).

Pemakaian kondom oleh Ponci tetap merupakan tindakan pencegahan yang paling efisien dari segi biaya untuk memperlambat dan menghentikan epidemi dan infeksi HIV baru. Di kalangan LSL, penggunaan kondom tidak berubah banyak dalam dua IBBS terakhir di tahun 2015. Meskipun Denpasar melaporkan penggunaan kondom sebesar 62%, angka lebih rendah ditemukan di kota-kota lain seperti Semarang yang bahkan tidak mencapai 50%. Trend yang sama juga ditemui pada WPS yang melaporkan pemakaian kondom yang relatif rendah, bahkan menurun di tempat-tempat seperti Semarang dan Malang. Hanya kota Denpasar yang melaporkan peningkatan pemakaian kondom di kalangan WPS. Jumlah klien per minggu untuk pekerja seks langsung masih stabil dengan rata-rata empat per minggu, kecuali di Bali yang angkanya lebih tinggi.

Dibandingkan dengan tahun 2011, data mengenai Penasun menunjukkan bahwa proporsi bertukar jarum suntik tetap stabil di semua lokasi kecuali Semarang, Bandung, dan Malang yang melaporkan penurunan penggunaan jarum bersama dengan angka jauh di bawah 10%.

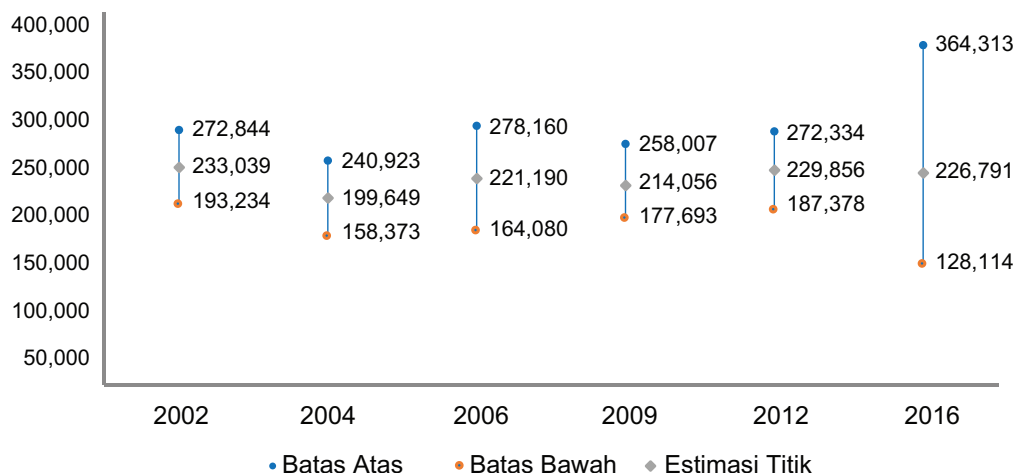
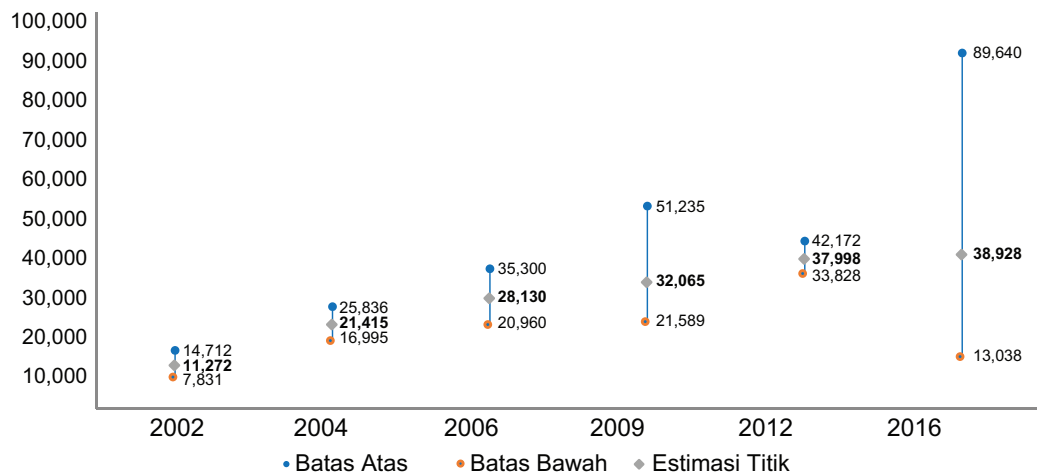
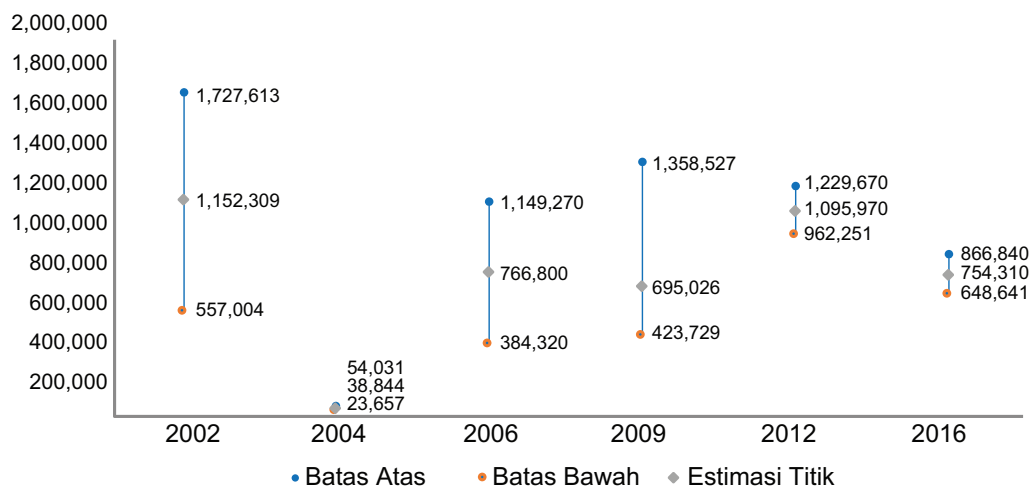
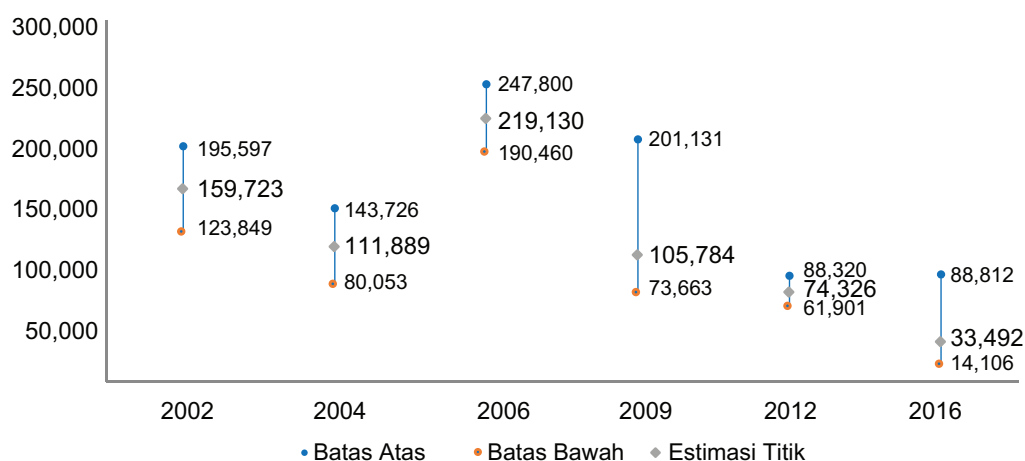
Dengan demikian disimpulkan bahwa tingkat infeksi HIV pada Ponci masih sangat tinggi dan trennya sebagian besar stabil dengan sejumlah penurunan ditemukan pada WPS. Pemakaian kondom relatif rendah di sebagian besar populasi, hanya pada sejumlah kasus saja mencapai 70%. Sebagian besar Ponci memiliki angka sifilis yang merupakan petanda IMS yang cukup tinggi sehingga terdapat peningkatan risiko penularan HIV.

Estimasi jumlah Populasi Kunci

Indonesia merupakan salah satu negara pertama yang memulai estimasi jumlah populasi kunci sejak tahun 2002. Bahkan, UNAIDS menerbitkan pengalaman Indonesia dengan estimasi pertama pada tahun 2002 sebagai praktik terbaik. Sejak saat itu, metode estimasi jumlah populasi (population size estimate, PSE) dan hasilnya telah diperbarui dan ditingkatkan secara rutin. Indonesia menggunakan model regresi multi-variabel untuk mengekstrapolasi estimasi berdasarkan pemetaan yang dilakukan di tempat-tempat berkumpul ("lokasi") yang sering didatangi oleh Ponci di kota/kabupaten tertentu terhadap kota/kabupaten lain yang tidak melakukan pemetaan. Beberapa penyesuaian telah dilakukan untuk memperhitungkan anggota Ponci yang mungkin tidak terefleksikan dalam angka pemetaan. Sumber data utama, variabel, dan asumsi datang dari STBP. Model regresi mengumpulkan informasi pemetaan dari sekitar 20% kota/kabupaten (514 secara total) untuk ekstrapolasi dan menambahkan angka-angka estimasi tersebut untuk memperoleh angka provinsi dan nasional. Angka-angka itu kemudian ditambahkan untuk estimasi nasional.

PSE telah diperbarui pada tahun 2016 dengan menggunakan STBP dari tahun 2015. Metode dan hasilnya dipresentasikan dalam laporan-laporan yang kuat secara teknis dan disiapkan oleh konsultan nasional dengan dukungan konsultan luar dari WHO/ UNAIDS (referensi laporan estimasi populasi kunci HIV 2016). Semua PSE ini berada dalam kisaran yang telah diketahui untuk wilayah Asia.

Sebagian besar PSE berada dalam kisaran yang sama selama beberapa tahun terakhir, kecuali untuk Penasun. Kondisi ini mengkonfirmasi fakta bahwa tim STBP telah melaporkan bahwa semakin sulit mencari Penasun saat melaksanakan survei. Kelihatannya telah terjadi peralihan dalam penggunaan narkoba berdasarkan sumber-sumber lain dari LSM. Grafik 30-33 memaparkan jumlah dan kisaran estimasi dari waktu ke waktu untuk WPS, Waria, LSL dan penasun. Tabel 12 memperlihatkan angka yang telah diperbarui untuk tahun 2016.

Grafik 30: Estimasi Wanita Pekerja Seks, 2002-2016

Grafik 31: Estimasi Waria, 2002-2016

Grafik 32: Estimasi LSL, 2002-2016

Grafik 33: Estimasi Penasun, 2002-2016

Tabel 12: Estimasi jumlah untuk Ponci pada tahun 2016

Populasi	Batas bawah	Poin	Batas atas
WPS	128.114	**226.791**	364.313
LSL	648.641	**754.310**	866.840
Waria	13.038	**38.928**	89.640
Penasun	14.016	**33.492**	88.812
Pelanggan WPS	4.415.776	**5.254.065**	6.159.431
Pelanggan Waria	327.596	**350.119**	375.236

Sumber: Estimasi jumlah populasi kunci HIV tahun 2016, Kemkes 2017

PSE dapat disempurnakan jika lebih banyak data dan variabel dikumpulkan dari kota/ kabupaten dan wilayah lain. PSE penting di tingkat lokal untuk merencanakan intervensi. Oleh karena itu, meskipun penting untuk membuat estimasi dan proyeksi di tingkat nasional untuk perencanaan secara global, upaya harus dilakukan di tingkat provinsi dengan tingkat prevalensi yang lebih tinggi dan penggunaan perangkat pemetaan program yang akan meningkatkan ketepatan di mana intervensi harus dilakukan.

Seperti halnya di banyak negara di Asia dan di dunia, internet dan media sosial menjadi sangat penting akhir-akhir ini. Oleh karena itu, akan sesuai jika dilakukan sejumlah eksplorasi dan riset dalam mengestimasi aplikasi dan jumlah pengguna media ini untuk merencanakan intervensi di masyarakat dengan menggunakan internet.

Estimasi dan Proyeksi Epidemi

Estimasi prevalensi HIV orang dewasa secara nasional pada tahun 2015 adalah 0,3% (di kelompok usia 15-49 tahun). Grafik 34 memperlihatkan proyeksi prevalensi HIV dan jumlah ODHIV. Meskipun epidemi telah berhasil dijaga tetap rendah, proyeksi menunjukkan adanya peningkatan yang terus terjadi meskipun kecil sampai tahun 2010 dan angka yang lebih stabil sebesar sekitar 49.000 infeksi baru per tahun.

Indonesia menggunakan AIDS Epidemic Model (AEM) dan paket Spectrum yang direkomendasikan oleh UNAIDS dan WHO. UNAIDS melakukan pemutakhiran rutin untuk perangkat estimasinya dengan merevisi asumsi-asumsi dan sejumlah parameter yang digunakan dalam AEM dan Spectrum ketika bukti-bukti baru tersedia. Pemutakhiran dan pelatihan terbaru dilakukan pada tahun 2015 di Bangkok yang dihadiri oleh perwakilan Indonesia dengan estimasi terbaru mereka. Metode dasar yang digunakan adalah berdasarkan pada estimasi proporsi populasi berisiko infeksi HIV (LSL, WPS, Waria dan Penasun) dan tingkat prevalensi infeksi HIV pada populasi-populasi tersebut. AEM juga menggunakan data perilaku (pemakaian kondom, jumlah pasangan, dll.) untuk menyesuaikan kurva epidemi dan tingkat infeksi berdasarkan kategori populasi. AEM juga menghasilkan angka infeksi HIV baru. Kurva insidensi yang dihasilkan oleh AEM dimasukkan ke dalam paket Spectrum untuk menghasilkan rangkaian indikator dampak standar yang memperhitungkan jumlah orang yang saat ini menerima ART dan PPIA.

Diestimasi bahwa terdapat 613.435 orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) di Indonesia pada tahun 2015. Seperti halnya di negara Asia-Pasifik lain, HIV &AIDS di Indonesia tetap terkonsentrasi pada subpopulasi yang terpapar risiko penularan HIV meningkat akibat perilaku mereka. Orang-orang ini umumnya disebut sebagai "Populasi Kunci" (Ponci) yang mencakup pekerja seks dan pelanggan mereka, pengguna napza suntik (Penasun), laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lain (LSL) dan Waria. Tanah Papua merupakan perkecualian dari daerah lain dengan estimasi prevalensi HIV sebesar 2,3% pada populasi umum di tahun 2013.

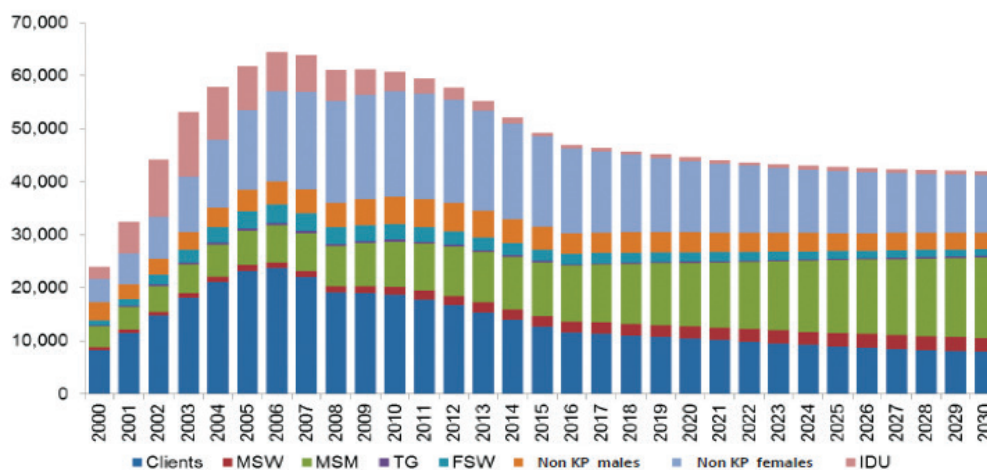
Angka prevalensi HIV nasional pada orang berusia 15 tahun ke atas diestimasi sebesar 0,33% pada tahun 2015. Estimasi prevalensi HIV provinsi berkisar dari 0,1% sampai lebih dari 2,0%. Jumlah absolut ODHIV tertinggi ditemukan di Jakarta dan di provinsi-provinsi dengan populasi padat di pulau Jawa serta di Papua dan Papua Barat. Meskipun awalnya dipicu oleh pemakaian jarum bersama di kalangan Penasun, HIV saat ini lebih ditularkan melalui hubungan seksual.

Tabel 13: Rangkuman Estimasi HIV tahun 2015

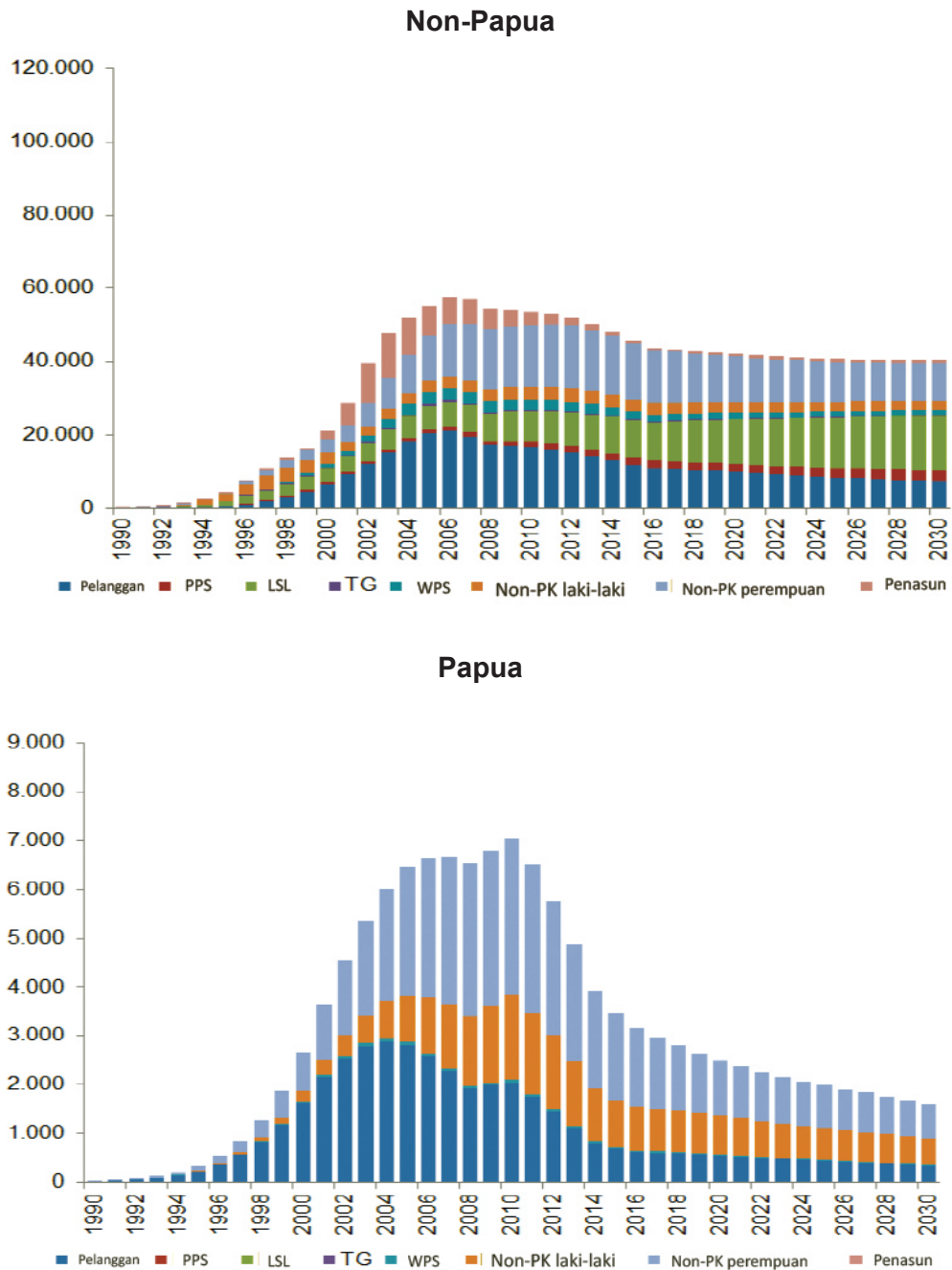
Jumlah ODHIV	613.435
Jumlah infeksi HIV baru	49.199
Jumlah kematian terkait HIV	36.936
Prevalensi HIV – populasi umum	0,3%
Prevalensi HIV – WPS (risiko tinggi)	8,0%
Prevalensi HIV – WPS (risiko lebih rendah)	2,2%
Prevalensi HIV – LSL	25,8%
Prevalensi HIV - Waria	24,8%
Prevalensi HIV - Penasun	28,8%

Sumber: Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS 2015-2020, Kemenkes 2017

Grafik 34 memperlihatkan proporsi estimasi infeksi baru berdasarkan penularan seksual untuk tahun 2010 sampai 2020. Peningkatan proporsi tertinggi untuk infeksi baru terjadi pada LSL. Observasi yang menarik adalah bahwa proporsi infeksi baru akibat hubungan seks tetap stabil. Pelanggan pekerja seks tetap merupakan jembatan penting menuju populasi umum.

Grafik 34: estimasi dan proyeksi infeksi baru tahun 2015-2020

Sumber: Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS 2015-2020, Kemenkes 2017

Grafik 35 dan 36 memperlihatkan infeksi baru di dua pola epidemi berbeda di Indonesia, yaitu pola di Papua dan Non-Papua, dengan jumlah lebih besar pada Non Papua karena selisih populasi yang besar.

Grafik 35: estimasi dan proyeksi infeksi HIV baru 2015-2020

Sumber: Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS 2015-2020, Kemenkes 2017

UNAIDS melakukan pembaruan rutin pada perangkat yang digunakan untuk estimasi dan proyeksi HIV dengan variasi-variasi penting yang kadang-kadang ditemui. Tahun depan, UNAIDS akan melaksanakan pelatihan baru untuk metode yang baru direvisi. Pelatihan ini mencakup sejumlah perubahan tambahan dalam pencocokan (fitting) kurva dan proses validasi dengan data dari negara-negara dari pelaporan kasus HIV dan mortalitas dapat dipadukan. Kelompok kerja teknis Indonesia yang membuat estimasi harus memperbarui estimasi tahun 2016 dengan menggunakan perangkat yang paling mutakhir.

Program Pencegahan

Pilar pertama pencegahan adalah akses terhadap tes HIV dan jumlah orang yang telah didiagnosis dan tahu statusnya. Dalam SDKI, tidak terdapat informasi terkait indikator ini untuk populasi umum. Terkait Ponci, STBP memberikan sejumlah informasi mengenai akses terhadap pemeriksaan HIV dan tabel di bawah ini memperlihatkan tren keseluruhan Ponci yang pernah dites HIV, meskipun tidak ada informasi apakah mereka menerima hasilnya. Indikator ini bersifat kumulatif sehingga diharapkan memiliki angka yang sangat tinggi. Namun, persentase orang yang dites secara keseluruhan dari seluruh Ponci ini relatif rendah, karena hanya WPSL yang mencapai angka di atas 50%, dan angka untuk LSL hanya mencapai 38% padahal tren menunjukkan adanya peningkatan infeksi HIV di populasi LSL.

Tabel 14: persentase anggota Ponci yang pernah dites HIV

Indikator (%)	STBP Kelompok A			STBP Kelompok B	
	2007	2011	2015	2009	2013
Persentase WPS Langsung yang pernah dites HIV	53	57	86	54	66
Persentase WPS Tidak Langsung yang pernah dites HIV	36	36	72	31	39
Persentase Waria yang pernah dites HIV	64	72	89	45	50
Persentase LSL yang pernah dites HIV	31	39	71	25	38
Persentase Penasun yang pernah dites HIV	50	63	72	40	54

Sumber: STBP pada Ponci, Kemenkes

Kesinambungan Pengobatan dan Perawatan *(Continuum of Treatment dan Care)*

Indonesia telah mencapai kemajuan yang pesat dalam menyediakan perawatan dan pengobatan kepada lebih banyak orang dengan semakin meningkatnya orang yang saat ini menerima ART, yaitu 63.000 orang pada tahun 2015. Meskipun demikian, kemajuan ini lebih lambat dalam dari yang diharapkan pada beberapa tahun terakhir dan cakupan ART secara keseluruhan masih terlalu rendah.

Tabel 15 : Cakupan pengobatan ARV 2011-2015

Indikator	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan ART (dewasa dan anak-anak) pada dewasa dan anak-anak yang memenuhi syarat yang sedang menerima terapi antiretrovirus pada saat periode pelaporan	15,7%	17,4%	19,6%	25,1%	19,2%
Persentase anak (0-14 tahun) yang hidup dengan HIV dan menerima ART	10,1%	11,2%	9,2%	13,9%	17,4%

Sumber: Global AIDS Response Kemajuan Report 2011-2015, UNAIDS

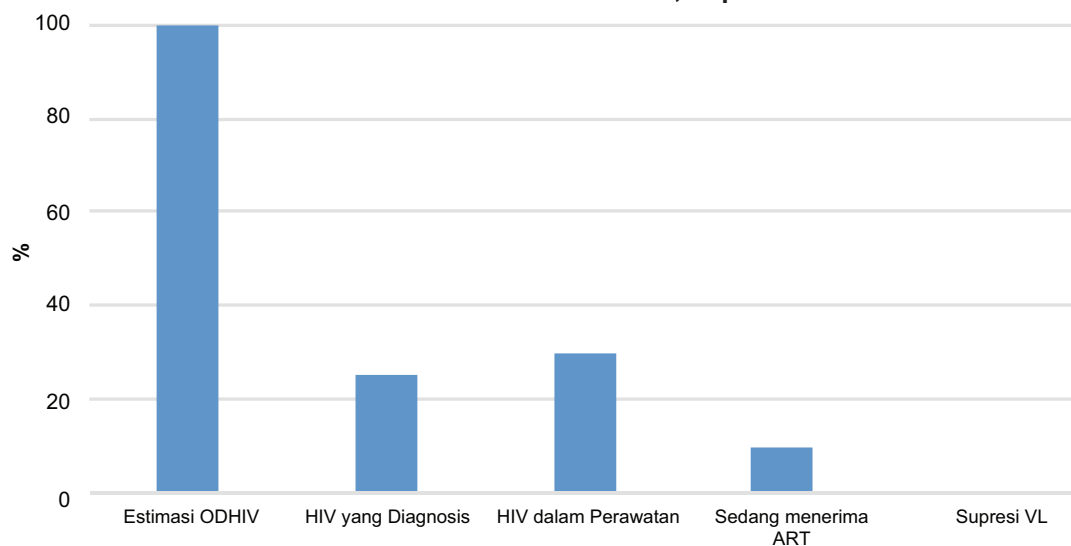
Kelompok Kerja Program AIDS Nasional telah berpartisipasi dalam pelatihan kaskade yang diselenggarakan oleh WHO pada tahun 2015 dan 2016 dan hasilnya dapat dilihat di bawah ini untuk perawatan dan pengobatan di tingkat nasional dan dua provinsi sebagai contoh kaskade perawatan dan pengobatan. Kesenjangan antara jumlah orang yang didiagnosis dan dihubungkan dengan perawatan dan yang menerima ART terlihat jelas di tingkat nasional serta di provinsi Jakarta dan Papua. Data supresi viral load tidak tersedia di sebagian besar provinsi sehingga tidak dimungkinkan untuk menilai dampak program ART. Selain itu, tidak ada sumber data yang jelas untuk bertahannya pasien dalam terapi dan kepatuhan mereka terhadap terapi.

Grafik 36 (a, b dan c) : Kaskade pengobatan tingkat nasional dan di dua provinsi (Jakarta dan Papua)

a)

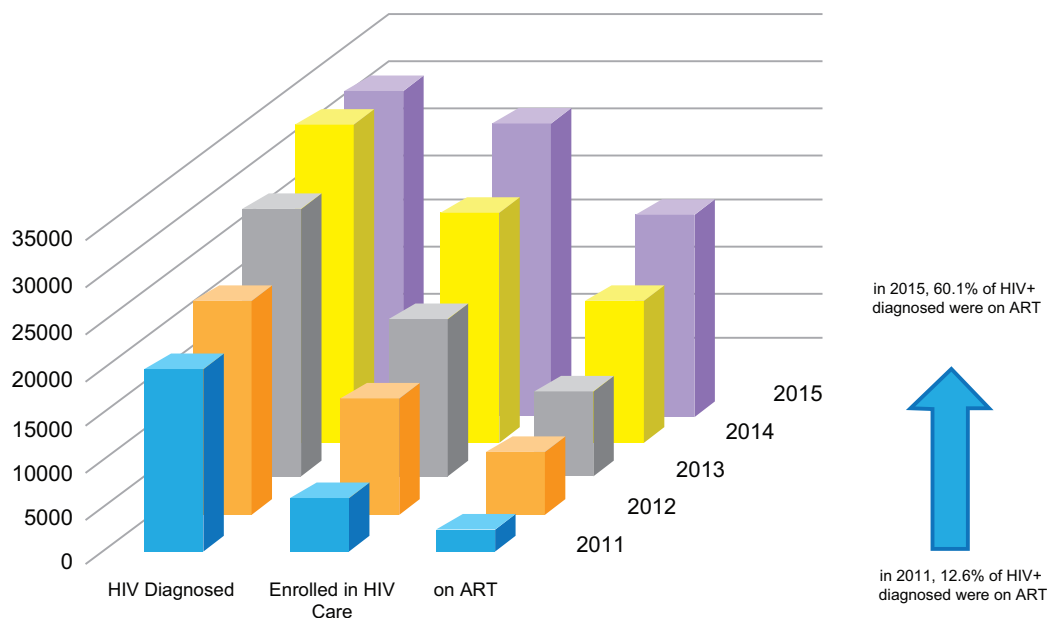
Kaskade Tes dan Perawatan HIV, Indonesia 2015

b)

c)

Sumber: Laporan KTH, ART dan estimasi jumlah ponci, Kemkes 2015

Tantangan ditemui dalam membangun kaskade perawatan dan pengobatan yang baik karena pada tingkat nasional terdapat visi respon HIV potong lintang dan mungkin memiliki berbagai sumber data yang berbeda. Kelompok kerja teknis nasional telah melakukan upaya yang baik untuk memahami kaskade dan meningkatkan kualitas informasi sehingga kesenjangan dapat diidentifikasi dan diatasi. Selain itu, hasil analisis ini harus digunakan untuk tujuan program.

Ketika melihat data kaskade terkait HIV yang didiagnosis saja, 89% dari mereka yang didiagnosis didaftarkan ke perawatan dan 67% sedang menerima ART pada tahun 2015.

Grafik 37: Kaskade perawatan orang yang didiagnosis HIV, analisis komparatif 2011-2015

Sumber: Laporan estimasi KTH, ART dan jumlah, Kemenkes 2015

Tidak terdapat data nasional untuk kaskade perawatan Ponci, tetapi sejumlah provinsi mengungkapkan sejumlah data yang menarik selama lokakarya pengkajian. Upaya harus dilanjutkan di tingkat nasional dan lokal untuk mengembangkan dan meningkatkan kaskade perawatan dan pengobatan.

Tabel 16: Populasi berdasarkan provinsi dan kaskade yang telah didiagnosis HIV pada tahun 2015

	Jakarta	Bali	Jawa Timur	Kalimantan Barat	Papua	Maluku
Kepadatan Populasi (per km^2) (update 2014)	15.173	710	808	32	10	35
Angka kesuburan (update 2014)	2,3	2,3	2,3	3,1	2,59	3,2
Proporasi persalinan yang ditolong oleh petugas kesehatan terampil (%) (SDKI 2012)	98,6	99,3	98,7	87,4	57,8	86,2
Angka kematian bayi (update 2014)	22	20	25	31	54	36
Cascade pengobatan HIV (2015)						
HIV yang didiagnosis	5.132	2.249	4.525	506	3.807	427
HIV dalam perawatan	5.936	2.117	3.963	568	2.210	237
Sedang menerima ART	3.648	1.626	2.704	363	1.583	165
Supresi viral load	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Sumber: Laporan Dinkes Provinsi yang dipresentasikan pada Pengkajian EPI Yogyakarta, 14-16 Desember 2016

TB-HIV

Estimasi jumlah kasus TB baru (mencakup HIV+TB) pada tahun 2015 adalah 1.020.000 (658.000-1.450.000) dengan notifikasi TB yang menurun secara keseluruhan tetapi terjadi peningkatan kasus TB/HIV+. Jumlah total kasus TB yang dinotifikasi adalah 330.729 (93% paru) dan 11% diketahui status HIV-nya (Global WHO TB report 2016, http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/) .

Data yang tersedia untuk TB/HIV memperlihatkan bahwa persentase tes HIV untuk penderita TB sangat rendah. Meskipun demikian, jumlah orang yang dites dan yang sedang menerima ART telah meningkat dalam waktu 3 tahun terakhir. Tabel 17 dan 18 memaparkan data nasional dan provinsi yang tersedia.

Tabel 17: Cascade Populasi TB/HIV yang didiagnosis berdasarkan tahun

Indikator	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Sumber laporan
Jumlah pasien TB yang dites HIV	NA	NA	NA	33.101	52.499	48,635	Laporan KTH
Jumlah pasien TB yang diketahui HIV	NA	NA	NA	32.896	52.282	48,197	
Jumlah pasien TB yang HIV positif	NA	NA	NA	2.095	3.504	2,836	
Jumlah ODHIV yang ditapis TB	2.850	10.487	18.472	24.481	41.898	51,762	Laporan PDP
Ko-infeksi TB-HIV	1.849	2.825	3.766	6.472	6.974	7,015	
TB-HIV yang menerima ART dan OAT	486	1.655	1.993	4.059	6.559	5,228	

Sumber: Laporan KTH dan ART, Kemenkes 2015

Tabel 18: Populasi berdasarkan provinsi dan cascade yang didiagnosis TB/HIV pada tahun 2015

	Jakarta	Bali	Jawa Timur	Kalimantan Barat	Papua	Maluku
Cascade TB-HIV (2015)						
Kasus TB yang terdaftar	22.927	2.952	44.057	982	1.754	3.590
Yang dites HIV	6.721	1997	7.313	923	719	148
HIV positif	608	272	481	81	580	22
Dalam terapi ARV	2.927	63	106	72	258	22

Sumber: Laporan Dinkes Provinsi yang dipresentasikan pada Pengkajian EPI di Yogyakarta, 14-16 Desember 2016

Eliminasi penularan HIV dari ibu ke anak

Eliminasi penularan ibu ke anak pada tahun 2030 merupakan salah satu tujuan internasional yang disepakati oleh banyak negara. Tujuan ini, meskipun lebih mudah dilakukan secara teoretis di negara dengan epidemi terkonsentrasi, tantangan yang ada adalah perempuan yang terinfeksi sebagian besar merupakan pasangan seksual Ponci dan seringkali tidak menganggap dirinya berisiko. Selain itu, di negara-negara besar dan dengan epidemi heterogen, perempuan-perempuan ini tersebar luas sehingga lebih sulit untuk menarget mereka. Indonesia telah meningkatkan jumlah perempuan yang dites selama 5 tahun secara dramatis dari sekitar 20.000 pada tahun 2011 sampai hampir 300.000 pada tahun 2014. Kebijakan di Indonesia adalah “opt out” sehingga perempuan hamil dapat malakukan tes HIV bersama dengan tes rutin lainnya. Pada epidemi tingkat rendah dan terkonsentrasi, pertanyaannya adalah haruskan tes HIV untuk semua ibu hamil dilanjutkan? Apakah efektif dari segi biaya untuk melakukan tes antenatal secara universal dibandingkan dengan pendekatan terfokus di setting HIV dengan prevalensi tinggi hingga sangat rendah? Dalam sebuah artikel yang dipublikasikan oleh *Naoko Ishikawa et al* yang menerapkan analisis pemodelan, kesimpulan yang diambil adalah layanan tes HIV harus hanya difokuskan pada daerah dengan beban penyakit tinggi di suatu negara dengan angka penularan dari ibu ke anak tetap tinggi, berkisar antara 18 sampai 23% sehingga terjadi kenaikan 25% sampai 69% untuk infeksi HIV anak baru serta peningkatan biaya perawatan masa datang untuk anak-anak. Tes HIV universal ditemukan dominan (yaitu lebih banyak QALY yang diperoleh dengan biaya yang lebih sedikit) dibandingkan dengan pendekatan terfokus dalam skenario Namibia, Kenya dan Haiti. Pendekatan universal juga bersifat efektif dari segi biaya dibandingkan dengan pendekatan terfokus dengan 125 dolar Amerika per *quality-adjusted life year* (tahun hidup dengan kualitas yang disesuaikan) diperoleh pada skenario Vietnam dengan prevalensi HIV sangat rendah. Analisis sensitivitas lebih lanjut didukung oleh temuan-temuan dalam penelitian ini. http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21212 | http://dx.doi.org/10.7448/IAS.19.1.21212.

Dengan mempertimbangkan hasil-hasil ini, pengkajian program harus mempertimbangkan apakah kebijakan PPIA perlu diperluas di Indonesia dan mungkin perlu difokuskan di provinsi-provinsi yang bebannya lebih besar.

Tabel 19: Data nasional untuk PPIA 2011-2014

Indikator	2011	2012	2013	2014	2015
Jumlah ibu hamil yang dites	21.103	43.624	100.296	298.050	480.061
Jumlah ibu hamil HIV positif	533	1.275	3.126	2.593	3.545
Ibu perlu PPIA (pemodelan, Kemenkes 2014)	12.065	13.189	14.225	14.469	15.129
Angka kasus positif	2.5%	3%	3.1%	0.6%	0.6%
Jumlah Ibu hamil yang menerima ART	112	348	512	747	988
Persentase anak yang terinfeksi dari ibu dengan HIV positif dalam 12 bulan terakhir (dilaporkan di GARPR)		Estimasi: 34,2%	Estimasi: 34,3%	Estimasi: 34,3% Data program : 6,86%	Estimasi: 0,53%* Data program : 10,40%

Sumber: Laporan KTH dan ART, Kemenkes 2015, Global AIDS Response Kemajuan Report 2011-2015, UNAIDS, Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS 2015-2019 (pemodelan), Kemenkes 2014; *Denominator diperbarui dari pemodelan 2014, Kemenkes

Tabel 20: Populasi berdasarkan provinsi dan kaskade PPIA pada tahun 2015

	Jakarta	Bali	Jawa Timur	Kalimantan Barat	Papua	Maluku
Cascade PPIA Ibu (2015)						
- Ibu hamil yang terdaftar di ANC	196.496	69.975	635.512	113.286	70.123	2.700
- Dites HIV	66.964	29.338	30.246	5011	17.527	2.646
- HIV positif	559	172	140	8	236	20
- Sedang terapi ARV	134	147	126	5	135	3
Cascade PPIA anak (2015)						
- Anak terpapar HIV	86	94	26	14	262	7
- Anak menerima profilaksis	90	93	21	14	247	-
- Dites HIV	9	3	10	6	43	-
- HIV Positif	6	2	0	0	6	-

Sumber: Laporan Dinas Kesehatan Provinsi yang dipresentasikan dalam pengkajian EPI, 14-16 Desember 2016

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Indonesia memiliki epidemi yang kompleks dan dinamis di sebuah negara yang sangat luas baik yang berupa daratan maupun yang berupa kepulauan. Populasi di Indonesia juga sangat dinamis dengan urbanisasi kosmopolitan dalam dekade terakhir. Indonesia, seperti halnya banyak negara lain di Asia memiliki heterogenitas epidemi dalam hal konteks dan tingkat prevalensi HIV pada Ponci. Terdapat kota/kabupaten dengan tingkat HIV yang sangat rendah, ada yang mengalami epidemi terkonsentrasi pada populasi kunci yang telah sangat teridentifikasi, dan, di Papua, epidemi yang lebih mirip dengan epidemi tergeneralisasi dengan rasio perempuan terhadap laki-laki lebih dari 1 sehingga lebih mirip dengan epidemi di Afrika Barat tetapi dengan tingkatan yang lebih rendah. Selain itu, terdapat mobilitas yang sangat luar biasa yang mungkin tidak hanya terjadi pada Ponci tetapi juga pada populasi umum. Industrialisasi, industri wisata yang meningkat, dan faktor-faktor lain telah beperan dalam peningkatan urbanisasi di Indonesia sehingga, dengan demikian, menjadi pendorong faktor-faktor risiko untuk epidemi HIV. Dalam konteks jenis epidemi ini, terdapat tiga faktor determinan yang berkontribusi pada infeksi HIV. **Pertama**, tingkat infeksi pada populasi kunci. Di Indonesia, sistem surveilans telah memperlihatkan bahwa tingkat prevalensi di beberapa provinsi dan pada sejumlah populasi berada jauh di atas 20%. **Kedua**, jumlah populasi kunci. Indonesia telah mengambil pendekatan unik untuk mengestimasi jumlah Ponci yang lebih berisiko karena tidak semua anggota Ponci memiliki tingkat risiko yang sama. Metode yang digunakan telah disempurnakan dari tahun ke tahun. **Ketiga**, interaksi antara Ponci dan kelompok populasi lain. STBP yang dilakukan di Indonesia telah menunjukkan adanya interaksi dan tingkat kontak antara beberapa kelompok populasi berbeda dan perbedaan dalam tingkat perlindungan yang telah diadopsi oleh populasi-populasi tersebut. Dalam situasi Indonesia, hampir semua infeksi baru berasal dari populasi kunci dan pasangan seksual mereka. Karena mayoritas penduduk Indonesia beragama Islam dan para laki-laki muslim menjalankan sunat, risiko adanya ledakan epidemi di populasi umum sangat rendah.

Epidemi di Indonesia sebagian besar terkonsentrasi dan sangat penting pada populasi kunci seperti LSL, Waria, WPS dan Penasun dengan tingkatan dan trend yang jelas di banyak Provinsi seperti yang dipaparkan dalam laporan ini. Di Papua dan Papua Barat, epideminya berbeda dengan lebih banyak perempuan terinfeksi sehingga kita dapat menyebutnya epidemi tergeneralisasi tingkat rendah. Definisi pada perangkat estimasi AEM untuk “populasi berisiko rendah” telah diubah menjadi “non-populasi kunci” karena mereka tetap berisiko tinggi terkena HIV meskipun mereka berada di luar Ponci biasa. Populasi ini mencakup di antaranya pasangan seksual pekerja seks, pasangan seksual Penasun, pasangan seksual laki-laki biseksual, dan mantan pekerja seks.

Pelaporan kasus HIV sudah terbukti bernilai dan SIHA berkontribusi dalam membangun suatu sistem nasional serta memberikan kesempatan kepada provinsi untuk memahami angka epidemi dan di mana saja intervensi harus diperkuat. Keenam provinsi yang mempresentasikan data mereka dengan jelas mengidentifikasi kota/kabupaten dan populasi yang memiliki beban HIV tinggi. Tantangan-tantangan telah diidentifikasi dan harus ditangani dengan dukungan dari Program AIDS Nasional yang sedang dalam proses mengembangkan panduan pelaporan kasus HIV, termasuk mata rantai antara layanan KTH dengan perawatan HIV dan dengan pengelompokan sesuai dengan Ponci.

Strategi tes HIV yang digunakan di Indonesia didasarkan pada dua tes mandiri: menggunakan *dried blood spots* dan klien dirujuk ke pusat KTH jika mereka ingin mengetahui hasil tesnya. Di era akses terhadap ART dan dengan mengikuti rekomendasi WHO pada bulan Desember 2015 ("obati semua"), maka penting sekali bahwa mereka yang ikut serta dalam kegiatan surveilans HIV harus menerima hasil tes mereka. Strategi diagnosis HIV yang memadai harus diadopsi pula dalam kegiatan surveilans HIV. Cara untuk memberikan hasil tes dan merujuk ke perawatan mana serta rincian lainnya akan bergantung pada provinsi masing-masing sesuai dengan konteks lokal terkait akses ke layanan kesehatan dan populasi. Namun, dasar-dasar yang etis harus ditetapkan.

Surveilans sentinel HIV harus dilanjutkan karena dapat memberikan informasi berharga di tingkat daerah dan sangat berguna untuk perancanaan program. Meskipun demikian, jumlah kelompok populasi yang disurvei secara rutin terlalu banyak sehingga provinsi yang membuat prioritas intervensi berdasarkan data harus merancang sebuah surveilans sentinel HIV. Penggunaan data rutin, terkait notifikasi kasus HIV, PPIA, TB/HIV, dan ART harus diperkuat.

Indonesia telah memiliki pengalaman yang panjang dan luas dalam melaksanakan STBP dengan metode dan populasi yang berbeda-beda dan telah mencoba konsisten dari waktu ke waktu dalam hal lokasi dan populasi yang disurvei. Penggunaan informasi ini sangat penting untuk merencanakan intervensi pada Ponci di tempat yang tepat. Walau begitu, tidak banyak informasi yang ditampilkan terkait bagaimana data ini digunakan. Dengan mempertimbangkan biaya dan kompleksitas serta kebutuhan untuk menganalisis secara lebih mendalam dan menggunakan data, STBP dapat direnggangkan waktu pelaksanaannya dan dapat dilakukan setiap 3-4 tahun dengan mengganti-ganti lokasi dan tempat tetapi dengan tetap mempertahankan konsistensi. Perlu dilakukan pemilihan populasi yang sesuai di setiap provinsi dan sesuai dengan tingkat prevalensi HIV di provinsi tersebut. Tentu saja, pilihan harus lebih diberikan kepada yang prevalensinya tinggi. Pemetaan programatik untuk intervensi harus dijadikan prioritas sehingga kota/ kabupaten dapat meningkatkan perencanaan dan implementasi kegiatan pencegahan, perawatan, dan pengobatan.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia memberikan informasi yang sangat bermanfaat terkait populasi umum dan indikator-indikator lain. SDKI selanjutnya direncanakan akan dilaksanakan pada tahun 2017. Kuesioner yang digunakan harus direvisi dengan mempertimbangkan perkembangan-perkembangan terbaru.

Kaskade pencegahan, perawatan, dan pengobatan untuk semua populasi serta layanan pengobatan (TB, PPIA, dan ART) masih memperlihatkan banyak kesenjangan yang harus diatasi. Terkait skala ART dan fakta bahwa Ponci sangat sering berpindah-pindah dan stigma masih sangat nyata, bukan hal yang sesuai jika kita mengukur dampak dalam analisis epidemiologi cepat di tingkat nasional. Yang lebih penting adalah mengukur infeksi baru, insidensi HIV pada Ponci, dan tren mortalitas tetapi indikator-indikator tersebut sulit diukur pada epidemi terkonsentrasi. Fakta bahwa Ponci juga terdistribusi secara tidak merata membuat evaluasi dampak intervensi di tingkat nasional menjadi lebih sulit. Indonesia telah mencapai kemajuan luar biasa dalam meningkatkan jumlah orang yang dites (pertanyaannya adalah, apakah orang-orang tersebut merupakan populasi yang tepat untuk dites?). Selain itu, terdapat peningkatan jumlah orang yang menerima ART hingga lebih dari 60.000 dari beberapa ribu saja pada awal 2011. Oleh karena itu, pengukuran dampak harus dilakukan di tingkat yang lebih lokal dan untuk setiap Ponci serta dengan melihat perluasan intervensi yang dilakukan.

Sistem surveilans generasi kedua di Indonesia telah mampu melacak epidemi HIV pada Ponci dengan menggunakan metode dan perangkat yang sesuai. Rekomendasi lebih lanjut dipaparkan di bawah ini dengan didasarkan pada rekomendasi pengkajian program eksternal tahun 2011 terkait Informasi Strategis.

Data Rutin

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Melakukan upaya berkelanjutan untuk meningkatkan analisis data laporan rutin: KTS, PPIA, ART.	Sebuah sistem baru telah diperkenalkan untuk pelaporan kasus HIV dan AIDS: SIHA yang melaporkan informasi dari KTH dan sejumlah layanan kesehatan.	SIHA perlu disempurnakan, diperluas, dan dikaitkan dengan layanan lain dan ditingkatkan setahap demi setahap dengan preferensi pada daerah endemik tinggi.
Kasus-kasus KTS harus dilaporkan berdasarkan kategori.	Kategori dilaporkan.	Terus meningkatkan kualitas data cara penularan.
Pengumpulan data yang dapat diandalkan mengenai IMS bakterial dan ulseratif.	Diagnosis sindromik dan laboratorium dilaporkan berdasarkan provinsi dalam SIHA.	Terus melakukan surveilans IMS pada Ponci dan meningkatkan diagnosis laboratorium.
Perhatian harus diberikan kepada sistem pasif seperti kasus AIDS dan ART.	SIHA telah dikembangkan tetapi belum bekerja sepenuhnya di semua layanan.	Hanya melaporkan kasus HIV dan tidak melaporkan kasus AIDS. Memadukan kegiatan sentinel untuk pelaporan HIV. Melakukan penilaian sistem setiap 2-3 tahun.

Surveilans sentinel HIV

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Membatasi SSH melebihi dari 47 lokasi inti untuk memaksimalkan pengumpulan dan analisis data.	SSH dilakukan di kota/kabupaten.	Melaksanakan SSH setiap dua tahun di kota/kabupaten yang melakukan intervensi yang berfokus pada Ponci dengan prevalensi HIV tinggi
Merevisi protokol sentinel SSH agar lebih praktis. Definisi Ponci.	Protokol telah direvisi dan definisi-definisi baru untuk Ponci telah diperkenalkan.	Menerapkan definisi baru dan protokol yang telah direvisi.
Menggunakan protokol yang telah direvisi untuk memandu provinsi atau kota/kabupaten lain.	Pelatihan provinsi dilakukan.	Melanjutkan pengawasan dan pemantauan Provinsi dan Kota/Kabupaten untuk memastikan kualitas informasi.
Melatih staf untuk meningkatkan kualitas data SSH.	Telah diimplementasikan.	Melanjutkan pelatihan secara rutin.

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Tes dengan menjaga kerahasiaan harus dipertimbangkan sebagai ganti dari tes anonim.	Telah diimplementasikan.	Melanjutkan hasil tes HIV kepada peserta survei dan merujuk mereka ke perawatan dan pengobatan.
Penguatan logistik dan perencanaan SSH oleh Sub Direktorat (Subdit) HIV AIDS dan PIMS.	Logistik untuk lokasi-lokasi SSH tertentu didukung oleh anggaran pemerintah nasional	Terus mendukung logistik untuk lokasi sentinel utama oleh Subdit HIV AIDS dan PIMS dan direkomendasikan untuk memperoleh dukungan dari anggaran pemerintah setempat.
Data harus dikumpulkan dan digunakan. Gunakan tenaga ahli lokal.	Penggunaan data tidak optimal untuk perencanaan dan evaluasi program.	Meningkatkan pengumpulan dan penggunaan data di tingkat kota/kabupaten dengan fokus pada kota kabupaten dengan beban terbesar.

Survei Terpadu Biologis dan Perilaku

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Serangkaian lokasi inti harus dipilih untuk STBP.	Ya, telah dilakukan	Menjarangkan waktu STBP dan memperbarui kuesioner Mengeksplorasi kelayakan STBP di media sosial dan internet
STBP tidak boleh digunakan sebagai perangkat diagnostik.	Memperoleh tren prevalensi HIV dan perilaku pada Ponci.	Melanjutkan STBP.
STBP harus dilakukan setiap 2 atau 3 tahun.	STBP telah dilakukan dengan sangat rutin.	Melaksanakan STBP setiap 3 -4 tahun bergantung pada kebutuhan program dan data, memperkuat kapasitas setempat.
Provinsi, kota/kabupaten, dan OMS harus memiliki akses terhadap data STBP mereka.	Subdit HIV AIDS dan PIMS memberikan data STBP yang diminta oleh Dinkes Provinsi, Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten, OMS, dan universitas.	Melanjutkan penyediaan data untuk tingkat daerah dan para akademisi serta mengeksplorasi faktor risiko Ponci.
Kuesioner harus mencakup indikator utama dan harus konsisten dengan survei lain.	Kuesioner telah dimodifikasi, termasuk indikator utamanya.	Memperbarui kuesioner dengan panduan STBP baru WHO.
Penggunaan alat digital personal untuk meningkatkan dan memperkaya kualitas data dan meninggalkan survei yang menggunakan kertas.	Digital personal direncanakan untuk implementasi STBP 2017	Menggunakan perangkat digital untuk pengumpulan data. Memadukan survei internet dan media sosial di masa datang.

Estimasi jumlah populasi kunci HIV

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Membedakan PSE: tingkat nasional versus lokal untuk intervensi program.	Ya, telah dilakukan.	Melanjutkan peningkatan.
Mengembangkan PSE di tingkat nasional dengan menggunakan metode langsung yang dikombinasikan dengan metode ekstrapolasi.	PSE pada tahun 2016 telah menggunakan metode yang disempurnakan dan memadukan variabel-variabel lain.	Melanjutkan peningkatan berdasarkan kelemahan yang telah diidentifikasi.
Pelatihan di tingkat provinsi terkait PSE.	Subdit HIV AIDS dan PIMS kunci HIV perlu mengembangkan protokol terlebih dahulu untuk memvalidasi estimasi jumlah Ponci di tingkat daerah.	Meningkatkan kapasitas setempat untuk pemetaan program terkait penggunaan data dan pemantauan.
Meningkatkan PSE di daerah dengan Ponci terbesar dan yang melaksanakan intervensi atau merencanakan intervensi.	Ya, dilakukan.	Melanjutkan peningkatan.
Pilihan lokasi untuk estimasi jumlah langsung harus dilakukan dengan cara yang memungkinkan pengukuran paling akurat di semua daerah di Indonesia sambil melakukan pengumpulan data primer dengan jumlah paling sedikit.	Metode PSE telah ditingkatkan dan jumlah kota/kabupaten yang dipetakan meningkat menjadi 111.	Berfokus pada provinsi dan kota/kabupaten dengan beban HIV lebih tinggi.
Menggunakan proses sistematis yang diarahkan dari tingkat provinsi dan nasional.	Provinsi telah diberdayakan dan mengembangkan profil epi dan program data rutin mereka sendiri.	Melanjutkan ke semua provinsi. Mengembangkan template untuk profil epi dan program.
Memvalidasi HIM (HIV Indonesia model) di 10 wilayah epidemi yang berbeda.	Subdit HIV AIDS dan PIMS menggunakan AIDS Epidemic Model (AEM).	Mengembangkan perangkat pemodelan berdasarkan konteks Indonesia.

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Memperbarui AEM dengan data baru dari STBP dengan menggunakan rekomendasi baru dari UNAIDS/WHO.	Estimasi dan proyeksi telah diperbarui secara rutin tahun 2017 dengan Spectrum yang telah dimutakhirkan.	Melakukan pembaruan estimasi dan proyeksi pada pada tahun 2017 dengan spectrum yang telah dimutakhirkan. Mencoba mengestimasi di tingkat provinsi dan memvalidasi dengan data rutin yang ada
Membentuk sebah kelompok kerja nasional untuk pemodelan dan analisis kebijakan .	Sebuah kelompok kerja nasional telah terbentuk.	Terus terlibat dalam pelatihan dan melihat dampaknya di kota/kabupaten fokus.
Di tingkat provinsi, pelatihan dan mentoring mengenai penggunaan informasi strategis untuk perencanaan tingkat provinsi harus dilaksanakan.	Menjadi bagian dari pelatihan monitoring dan evaluasi serta pelatihan surveilans.	Terus terlibat dalam pelatihan dan melihat dampaknya di kota/kabupaten fokus.

Surveilans IMS

Rekomendasi	Kemajuan 2016	Rekomendasi Lebih Lanjut
Menyusun panduan surveilans IMS dan GAMR.	Draft panduan telah disusun.	Memfinalisasi surveilans IMS dan menyusun protokol serta melakukan studi GAMR di kota/kabupaten dengan tingkat IMS tertinggi.
Melakukkkan surveilans IMS di kota/kabupaten. kota/kabupaten.	Data kasus IMS telah dilaporkan oleh tingkat	Memfinalisasi panduan surveilans IMS.
Melatih staf laboratorium di lokasi-lokasi sentinel untuk IMS.	Pelatihan telah dilaksanakan sebagai bagian dari pelatihan tata laksana IMS.	Terus terlibat dalam pelatihan di kota/kabupaten fokus.
Membentuk sistem penjaminan mutu termasuk monitoring dan pengawasan. pemantauan program HIV.	Penjaminan mutu merupakan bagian dari monitoring program.	Mengembangkan penjaminan mutu untuk surveilans IMS sebagai bagian dari

AGENDA LOKAKARYA

Kajian Epidemiologi dan Dampak Program HIV
Yogyakarta, 14-16 Desember 2016

Tgl/Hari	Waktu	Kegiatan	Maksud	Pembawa Acara/ Chair	Pembawa Acara/ Penanggung Jawab
14 Des 2016 Rabu	09.00–10.30	Pembukaan dan presentasi dari Program Aids Nasional	Presentasi mengenai: 1. Kebijakan kesehatan nasional, strategi, Organogram Kementerian Kesehatan 2. Pembaruan surveilans HIV dan M&E program pengendalian HIV 3. Memperbarui rekomendasi SI dari pengkajian sektor kesehatan 2011 4. Tujuan dan deliverables pengkajian EPI	Pembukaan oleh Dirjen/Dir. DTDC (menunggu konfirmasi) Pembawa acara: Ka. Subdit HIV AIDS & PIMS Notulen: Eva Muzdalifah	Ka. Seksi IMS/ Victoria Indrawati
	10.30–10.45		**Rehat Kopi**		
			Tujuan		
	10.45–12.00	Mengkaji metode pengumpulan data surveilans HIV generasi kedua	Mengkaji metode pengumpulan data pada: - Pelaporan kasus HIV/surveilans berbasis kasus HIV - Pelaporan kasus STI - Surveilans sentinel HIV	*Chair:* DR. Toha Muhaimin *Co-chair:* DR. Rico Januar Sitorus Notulen: Eva Mudzdalifah	Victoria Indrawati
	12.00–13.00		**Ishoma**		
	13.00–15.15	Mengkaji metode pengumpulan data surveilans HIV generasi kedua (lanjutan)	Mengkaji metode pengumpulan data pada: - Survei Terpadu Biologis dan Perilaku - Pemetaan Poncu, termasuk definisi Ponci - Estimasi jumlah populasi kunci terdampak - Estimasi dan proyeksi HIV/ AIDS, termasuk definisi populasi berisiko rendah	*Chair:* Prof. Budi Utomo *Co-chair:* Dr. Rico Januar Sitorus Notulen: Eva Mudzdalifah	Ari Wulan Sari
	15.15–15.30		**Rehat Kopi**		
			Tujuan 2		
	15.30–17.00	Mengkaji pencegahan dan cascade perawatan HIV dalam menyediakan informasi mengenai kemajuan negara dalam merespon epidemi HIV	Mengkaji pencegahan dan cascade perawatan HIV di tingkat nasional dan provinsi tahun 2011–2015, termasuk kualitas data - Cascade HIV: HIV yang didiagnosis, sedang dalam perawatan HIV, inisiasi ART, retensi ART selama 12 bulan, penekanan VL, kematian - Cascade TB-HIV: pasien TB teregistrasi, mengetahui status HIV, HIV positif, dalam masa pengobatan untuk TB dan HIV - Cascade PPIA: mengestimasi jumlah	*Chair:* Prof. Chatarina Wahyuni *Co-chair:* dr. Bony Lestari Notulen: Dina Wijayaningrum	Victoria Indrawati / Sugeng Wijayana

Tgl/Hari	Waktu	Kegiatan	Maksud	Pembawa Acara/ Chair	Pembawa Acara/ Penanggung Jawab
			wanita hamil, wanita hamil yang mengunjungi ANC, wanita hamil yang diperiksa HIV, wanita hamil positif HIV, wanita hamil positif HIV yang mendapat ART, ART profilaksis yang diterima bayi yang terkena HIV, bayi yang terkena HIV dites HIV, konfirmasi bayi positif HIV		
			Akhir Hari Pertama		
15 Des			**Tujuan 2**		
2016 Kamis	09.00–10.30	Mengkaji pencegahan dan cascade perawatan (lanjutan)	Mengkaji profil EPI provinsi terpilih (lanjutan)	*Chair:* Prof. Chatarina Wahyuni *Co-chair:* dr. Bony Lestari Notulen: Dina Wijayaningrum	Rizky Hasby
	10.30–10.45		**Rehat Kopi**		
			Tujuan 3		
	10.45–12.30	Mengkaji tingkat dan kecenderungan (trend) epidemi HIV	Mengkaji tingkat dan kecenderungan (trend) epidemi HIV di tingkat nasional tahun 2011–2020 - Definisi populasi kunci terdampak, termasuk populasi berisiko rendah - Prevalensi HIV, insidensi, kematian: populasi kunci, wanita hamil, anak-anak, dan lainnya - Prevalensi sipilis - Tingkat epidemi HIV di Papua vs Non-Papua - Perilaku: penggunaan kondom, sirkumsisi, cakupan tes HIV (tes, pengobatan, dll) - Proporsi perempuan , HIV (+) kecenderungan (trend) selama 10 tahun	*Chair:* Prof. Indang Trihandini *Co-chair:* Fetty Wijayanti Notulen: Yulia Rachma	Viny Sutriani
	12.30–13.30		**Ishoma**		
	13.30–15.15	Mengkaji tingkat dan kecenderungan (trend) epidemi HIV (lanjutan)	Untuk mengulas profil EPI dari provinsi yang dipilih: - Data demografi, pemetaan provinsi - Hasil dari IBBS, SSH, atau survey lainnya - Mengidentifikasi kegiatan surveilans HIV yang sudah dilakukan, termasuk kekuatan dan kelemahannya - Identifikasi hotspot/mobilitas dari setiap Ponci	*Chair:* Prof. Ridwan Amirudin/ Prof. Wirawan *Co-chair:* Dolfinus Yufu Bouway Notulen: Yulia Rachma	Ari Wulan Sari

Tgl/Hari	Waktu	Kegiatan	Maksud	Pembawa Acara/ Chair	Pembawa Acara/ Penanggung Jawab
			- Strategi dan respon program untuk mengendalikan epidemi HIV di provinsi		
	15.15–15.30		**Rehat Kopi**		
	15.30–17.00	Mengkaji tingkat dan kecenderungan (trend) epidemi HIV (lanjutan)	Mengkaji profil EPI provinsi terpilih (lanjutan): - Data demografi, pemetaan provinsi - Hasil dari IBBS, SSH, atau survey lainnya - Mengidentifikasi kegiatan surveilans HIV yang sudah dilakukan, termasuk kekuatan dan kelemahannya - Identifikasi hotspot/mobilitas dari setiap Ponci - Strategi dan respon program untuk mengendalikan epidemi HIV di provinsi	*Chair:* Prof. Ridwan Amirudin/ Prof. Wirawan *Co-chair:* Dolfinus Yufu Bouway Notulen: Yulia Rachma	Ari Wulan Sari
			Akhir Hari Kedua		
16 Des			**Tujuan 3**		
2016 Jumat	09.00–10.15	Mengkaji tingkat dan kecenderungan (trend) epidemi HIV	Mengkaji profil EPI provinsi terpilih (lanjutan)	*Chair:* Prof. Ridwan Amirudin/ *Co-chair:* Dolfinus Yufu Bouway Notulen: Yulia Rachma	Rizky Hasby Prof. Wirawan
	10.15–10.30		**Rehat Kopi**		
	10.30–11.30	Membahas kesimpulan dan rekomendasi	Membuat konsensus para ahli serta memberikan kesimpulan dan rekomendasi	Ka. Seksi IMS	Victoria Indrawati
	11.30–13.30		**Istirahat dan Sholat Jumat**		
	13.30–15.00	Presentasi dari Kesimpulan dan Rekomendasi		Subdit HIV AIDS & Ka. PIMS	Ka. Seksi IMS
	15.15–15.30		**Rehat Kopi**		
	15.30–16.30	Penutupan pertemuan		Dir. DTDCP (Menunggu konfirmasi)	Ka. Subdit HIV AIDS & PIMS
			Akhir Hari Ketiga		

DAFTAR PUSTAKA

1. Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS, Kementerian Kesehatan Indonesia 2015-2020.
2. Estimasi Populasi Kunci HIV di Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan Indonesia.
3. *Global AIDS Response Progress Report* (GARPR) 2011-2015.
4. *Global TB Report 2016,* WHO 2016.
5. Laporan Perkembangan HIV-AIDS, Triwulan Tiga 2016, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan, September 2016.
6. Survey Terpadu Biologis dan Perilaku Tanah Papua 2006, Kementerian Kesehatan Indonesia.
7. Survey Terpadu Biologis dan Perilaku Tanah Papua 2013, Kementerian Kesehatan Indonesia.
8. Survey Terpadu Biologis dan Perilaku pada Populasi Kunci 2015, Kementerian Kesehatan Indonesia.
9. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, Badan Pusat Statistik Indonesia 2002.
10. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, Badan Pusat Statistik Indonesia 2007.
11. Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia, Badan Pusat Statistik Indonesia 2012.
12. Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS), Badan Pusat Statistik 2015
13. *Overview Context of Indonesia, The World Bank, 2015*.
14. Peta Republik Indonesia, Badan Informasi Geospasial 2013.
15. Proyeksi Populasi Indonesia 2010-2035, Badan Pusat Statistik Indonesia 2013.
16. *Technical Report: 2013 Sero-Sentinel Surveillance and 2013 Rapid Behavioral Survey,* Ministry of Health 2014.